



Instituto Superior de Serviço Social do Porto
Cooperativa de Ensino Superior de Serviço Social, C.R.L.

Envelhecimento Activo e Bem-sucedido

Isaura Patrícia de Sousa Moreira

Trabalho realizado sob a orientação do Doutor José Alberto Falcão Reis

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para
cumprimento dos requisitos necessários a obtenção de grau de mestre em
Gerontologia Social.

Dezembro de 2013



Agradecimentos

Este espaço é dedicado àqueles que deram a sua contribuição para a realização deste trabalho. A todos eles deixamos aqui o nosso agradecimento sincero...

Ao Doutor José Alberto Falcão Reis, orientador do Instituto Superior de Serviço Social do Porto, pelo interesse, acompanhamento e disponibilidade que sempre demonstrou.

À Dra. Berta Silva, orientadora local, pela colaboração, incentivo, atenção, interesse e apoio que sempre nos dedicou.

À Ana e à Marlene, animadoras do centro de convívio, pela colaboração, apoio, acompanhamento e disponibilidade que sempre demonstrou em todas as actividades.

A toda a equipa técnica da Obra de Assistência Social da Freguesia de Sobrosa, pela confiança depositada no nosso trabalho, pela disponibilidade e pela forma como nos receberam, e em especial aos idosos que possibilitaram a realização desta investigação...

Aos nossos amigos que sempre se mostraram dispostos a ouvir os nossos receios, dúvidas, ideias, e que sempre nos apoiaram neste percurso...

Em especial à família, sem a vossa ajuda não conseguiríamos chegar onde chegamos. O nosso obrigado pela confiança, incentivo, dedicação, paciência e esforço que tiveram ao longo deste percurso.

A todas as pessoas que nos apoiaram e que, de uma maneira ou de outra, contribuíram para a realização deste trabalho.

A Todos o nosso mais sincero OBRIGADO!



Resumo

No âmbito do Mestrado em Gerontologia Social, realizamos o nosso estágio curricular na Obra de Assistência Social da Freguesia de Sobrosa. Este estágio foi desenvolvido no âmbito do Projecto *Criação e dinamização de um Centro de Convívio*.

Após termos conhecimento de toda a realidade, optamos por estudar o isolamento e o envelhecimento de forma a promover o envelhecimento activo e bem-sucedido. Neste sentido, elaboramos o respectivo enquadramento teórico, apresentando as diversas perspectivas dos autores lidos, de forma a permitir uma melhor compreensão dos conceitos.

No que se refere à nossa intervenção salientamos que esta tem por base um objectivo geral e três objectivos específicos. Sendo o objectivo geral, prevenir o isolamento e o envelhecimento de forma a promover o envelhecimento activo e bem-sucedido; e os objectivos específicos fazer uma avaliação diagnóstica, criar os planos de desenvolvimento individuais e adaptar o plano de actividades a cada utente.

Seguidamente referimos a metodologia, sendo o método de estudo de casos ou análise intensiva o mais adequado, pois este permitiu-nos analisar em profundidade situações particulares. No que respeita à obtenção e recolha de dados o método por nós utilizado foi o qualitativo. Este privilegia o caso singular e operações que não impliquem a quantificação e medida dos fenómenos. Importa ainda referir as técnicas às quais recorreremos, sendo elas a observação, as conversas informais e o inquérito por questionário realizados aos idosos do centro de convívio. Para o tratamento e a análise de dados utilizamos a análise de conteúdo e excel.

Através da realização deste estudo emergiram conclusões que pela sua pertinência salientamos. Assim, a execução deste projecto impulsionou uma maior consciencialização para esta realidade na comunidade.

Salienta-se ainda, o empowerment, utilizado na maioria das actividades, uma vez que o seu grande objectivo é a devolução da autonomia e da auto-estima. As actividades desenvolvidas proporcionam uma maior percepção de si e do outro.

O Centro de Convívio provocou mudanças no comportamento dos idosos bem como no seu dia-a-dia. Os utentes ficam mais autónomos, capazes, participativos e mais confiantes em si próprios.



Por último, os sentimentos negativos surgem com menor frequência e a solidão já não tem a mesma dimensão.



Abstract

As part of the Master's Degree in Social Gerontology, we took our curricular training at Obra de Assistência Social da Freguesia de Sobrosa. This training was taken under the *creation and promotion of a center of conviviality* Project.

After being made aware of the entire reality, we chose to study the isolation and aging in order to promote active aging and successful. Accordingly, we prepared its theoretical framework, presenting different perspectives of the authors read, in order to allow a better understanding of the concepts.

As far as our intervention goes, we stress that this is based on an overall goal and three specific objectives. The overall goal is to prevent isolation and aging in order to promote active aging and successful. The specific objectives are, to make a diagnostic evaluation, to create individual development plans and adapt the business plan for each user.

We now refer to the methodology. We found that the most appropriate method was the study of chaos or intensive analysis, since it allowed us to examine particular situations in depth. With regard to obtaining and collecting data, we opted for the qualitative method. It favours the unique case and operations that do not involve the quantification and measurement of phenomena. We should also refer to techniques we resorted to, and they were observation, informal conversation and the questionnaire survey conducted on the elderly social center of conviviality. As for the treatment and analysis of data, we used the analysis of content and excel.

Through this study, some conclusions of relevance emerged. The implementation of this project spurred greater awareness of this reality in the community.

It is also relevant the empowerment used in most activities, since its ultimate goal is giving the autonomy and self-esteem back. The activities provide a greater perception of self and other.

The Social of conviviality caused changes in the behavior of the elderly as well as in their day-to-day. Users become more autonomous, able, participatory, and more confident in themselves.



Finally, the negative feelings arise less frequently and solitude no longer have the same dimension.



Resumé

Dans le cadre du Master en gérontologie sociale, qui s'est tenue notre stage en *Obra de Assistência Social da Freguesia de Sobrosa*. Cette étape a été développée dans le cadre du projet *Création et promotion d'un centre social*.

Après avoir pris connaissance de toute réalité, nous avons choisi d'étudier l'isolement et le vieillissement afin de promouvoir le vieillissement actif et réussi. En ce sens, nous avons préparé le cadre théorique correspondante, avec différents points de vue des auteurs lus, afin de permettre une meilleure compréhension des concepts.

En ce qui concerne notre intervention souligner que ceci est basé sur un objectif général et trois objectifs spécifiques. Comme l'objectif général, éviter l'isolement et le vieillissement afin de promouvoir le vieillissement actif et réussi. Et les objectifs spécifiques: faire une évaluation diagnostique, créer des plans de développement individuels et d'adapter le plan d'entreprise pour chaque utilisateur.

Puis reportez-vous à la méthodologie être la méthode d'étude de cas ou une analyse intensive le plus approprié, car cela nous a permis d'examiner en profondeur des situations particulières. En ce qui concerne l'obtention et la collecte de données la méthode que nous avons utilisée était qualitativement. Ceci souligne le cas singuliers et opérations n'impliquant pas la quantification et la mesure des phénomènes singuliers. Il est également important de mentionner les techniques auxquelles nous nous tournons, celles-ci étant l'observation, des conversations informelles et enquête par questionnaire menée sur le centre social des personnes âgées. Pour le traitement et l'analyse des données, nous avons utilisé l'analyse de contenu et d'y exceller.

À travers la réalisation à cette étude émergé des résultats qui sa pertinence mettent en évidence. La mise en œuvre de ce projet a stimulé une plus grande prise de conscience de cette réalité dans la communauté.

A noter également, l'empowerment, utilisé dans la plupart des activités, puisque leur but ultime est le retour de l'autonomie et de l'estime de soi. Les activités développées offrent une plus grande perception de soi et des autres.

Le centre social a entraîné des changements dans le comportement des personnes âgées ainsi que dans leur jour le jour. Les utilisateurs deviennent plus autonomes, capables, participative et plus confiants en eux-mêmes.



Enfin, les sentiments négatifs se produire moins fréquemment et la solitude ne plus avoir la même dimension.



Siglas

OASS- Obra de Assistência Social

SAD- Serviço de Apoio ao Domicílio

CATL- Centro de Actividades de Tempos Livres

CAT- Centro de Acolhimento Temporário

Modelo SOC- Selecção, Optimização e compensação



Índice

- Introdução.....	11
1. Contextualização do estágio.....	13
1.1. Apresentação das instituições.....	13
1.1.1. Dos espaços formais aos espaços vividos.....	13
2. Caracterização geral da população.....	19
3. Enquadramento teórico.....	23
3.1. Envelhecimento e isolamento.....	23
3.2. Envelhecimento Activo.....	27
3.3. Envelhecimento bem-sucedido.....	30
4. Projecto de investigação/intervenção.....	33
4.1. Objectivos.....	33
4.2. Metodologia.....	34
4.3. Planeamento estratégico.....	38
5. Relatório do estágio.....	39
5.1. Avaliação diagnóstica – Análise e tratamento dos dados.....	39
5.2. Plano de actividades.....	49
5.2.1. Reflexão em torno das actividades desenvolvidas.....	51
6. Reflexão Final.....	56
- Bibliografia.....	59
- Anexos.....	61



Introdução

O percurso do nosso Estágio Académico, do Mestrado em Gerontologia Social, decorreu entre Setembro de 2012 e Janeiro de 2013, tendo a duração de quinze semanas. Este foi realizado na instituição *Obra de Assistência Social da Freguesia de Sobrosa (OASS)*, nomeadamente nas valências Lar, Centro de Dia e Centro de Convívio.

Com este relatório pretendemos traduzir todo o trabalho desenvolvido ao longo do estágio, no qual focalizamos a nossa acção para a implementação do projecto de investigação/intervenção, sendo este a criação e dinamização de um centro de convívio com o objectivo de prevenir o isolamento e o envelhecimento de forma a promover o envelhecimento activo e bem-sucedido

Posto isto, apresentamos a estrutura do relatório, sendo este constituído por seis partes. Numa primeira fase, procedemos a uma breve apresentação e caracterização das instituições envolvidas no nosso estágio e uma análise organizacional (dos espaços formais aos espaços vividos) com o intuito de aprofundar as dinâmicas inter - organizacionais.

Seguidamente expomos o projecto de investigação/intervenção e respectiva fundamentação.

Numa fase ulterior, abordamos o enquadramento teórico referente ao envelhecimento activo e bem-sucedido, estabelecendo algumas referências a autores que defendem esta temática.

Posteriormente, expomos a metodologia de investigação e intervenção, referindo os métodos e técnicas aos quais recorreremos. Salientamos ainda, a construção dos instrumentos de recolha de informação.

A quinta parte dedica-se ao tratamento dos dados, onde damos conta da análise da informação recolhida através dos inquéritos realizados, assim como uma reflexão em torno das actividades desenvolvidas ao longo do estágio.

Por fim, concluímos o nosso relatório com uma reflexão final, mencionando as conclusões de todo o percurso de estágio.

Salienta-se que a bibliografia e os anexos relativos a este relatório estão adicionados no final. Os anexos são os seguintes: planeamento estratégico, inquérito por



questionário, tratamento de dados (Excel), tratamento de dados (análise conteúdo), plano de actividades e frequência dos utentes nas actividades durante os três meses.



1. Contextualização do estágio

1.1 Apresentação da instituição

A entidade promotora deste estágio curricular é a Obra de Assistência Social da Freguesia de Sobrosa, que foi realizado nas seguintes valências: Lar de idosos, Centro de Dia e Centro de Convívio.

A OASS foi inaugurada a 27 de Outubro de 1945. Foi criada com base no testamento do Padre António Moreira Meireles.

1.1.1. Dos espaços formais aos espaços vividos

A Obra de Assistência Social da Freguesia de Sobrosa fica localizada no centro da Vila de Sobrosa. A Vila está situada no extremo Norte do Concelho de Paredes. Confronta com a Vila de Vilela e as freguesias de Duas Igrejas, Cristelo, Louredo e Beire, do concelho de Paredes, de Ferreira e Paços de Ferreira.

De acordo com os censos 2011, Sobrosa registava 2641 habitantes, contudo tendo em conta a inexactidão dos limites de freguesia considerados, a população real é estimada em 2850 habitantes.

A Obra foi inaugurada a 27 de Outubro de 1945. Foi instituída com base na disposição testamentária do Padre António Moreira de Meireles (1840-1898), residente na Casa da Igreja, Pároco e Presidente da Junta de Sobrosa por diversas vezes.

No seu testamento, redigido a 13 de Dezembro de 1877, pode ler-se: *“Quero que as propriedades de que ainda não dispuz, se não do seu usufructo, e salvo este, sejam no fim dos usufructos aqui dispostos applicados à instituição de um azilo, na Casa da Igreja, para n'elle serem recolhidos, sustentados e tratados os pobres da freguesia de Sobrosa que por suas idades ou molestias não poderem trabalhar. A administração deste azilo ficara a cargo da Junta de Parochia.”*

Após o falecimento da última usufrutuária dos bens do Padre António, em 1944, a Junta de Freguesia constituiu uma Fundação, com o património das Quintas da Igreja e das Lages, em Sobrosa, e da Quinta de Vila Nova, em Ferreira (Paços de Ferreira). Hoje, a Obra é também uma IPSS (Instituição Particular de Solidariedade Social),



gozando do estatuto de Pessoa Colectiva de Utilidade Pública, sendo a administração da responsabilidade da Junta de Freguesia.

A IPSS tem como missão responder às necessidades das crianças, idosos e carenciados prestando um serviço qualificado e diversificado de referência.

A Obra de Assistência Social da Freguesia de Sobrosa tem as seguintes valências: Lar de idosos, Centro de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário, Creche, ATL e Centro de Convívio. Tem ainda como projecto a construção de uma Residência para Deficientes.

Os principais objectivos da Instituição nas valências Lar de idosos, Centro de Dia e Serviço de Apoio ao Domicílio são:

- Prestar cuidados a pessoas com 60 e mais anos de idade ou pessoas precocemente envelhecidas;
- Proporcionar o desenvolvimento do bem-estar físico, psicológico, cultural, familiar e social do idoso, aumentando assim, a qualidade de vida;
- Não discriminação dos utentes quer pela idade, sexo, cultura ou situação económica;
- Acolher pessoas em situações de carência económica, isolamento e exclusão social;
- Promover o intercâmbio de instituições exteriores com objectivos similares.

Valência: Lar de idosos

Na década de 1980 é iniciada a cooperação com a Segurança Social. A Casa da Igreja foi remodelada e ampliada, passando a valência a designar-se por "Lar de Idosos".

Em 24 de Maio de 1997 foi inaugurada a obra de ampliação das instalações do Lar, pelo Ministro da Solidariedade Social, Dr. Ferro Rodrigues, que permite acolher 25 utentes.

O Lar de Idosos está situado numa vasta área rodeada de campos, que permite aos idosos uma maior familiarização com o meio rural, bem como lhes oferece uma maior tranquilidade a nível emocional e físico. As instalações são compostas por dois pisos.



Os serviços prestados aos idosos em Lar são: prestação de cuidados básicos (alimentação, cuidados de higiene), actividades físicas e desportivas, actividades de animação sociocultural, apoio psicológico, médico e social personalizado, visita do pároco da freguesia, passeios e visitas culturais e religiosas.

O horário das visitas é o seguinte:

- Dias úteis: 10h00 às 12h00 e das 14h00 às 18h00
- Fim-de-semana: 09h30 às 20h30

Valência: Centro de Dia

Na década de 1990 entra em funcionamento a valência de Centro de Dia, na Casa da Igreja, para 10 utentes.

Os serviços prestados aos idosos em Centro de Dia são: prestação de cuidados básicos (alimentação, cuidados de higiene), actividades físicas e desportivas, actividades de animação sociocultural, apoio psicológico e social personalizado, passeios e visitas culturais e religiosas.

Valência: SAD

Na década de 1990 entra em funcionamento a valência de Serviço de Apoio ao Domicílio, com 10 utentes.

Os serviços prestados a idosos em SAD são: alimentação, higiene Pessoal, higiene habitacional, tratamento de roupas, acompanhamento nas saídas externas, apoio psicológico e social personalizado, passeios e visitas culturais e religiosas.

Valência: Centro de Convívio

A valência de Centro de Convívio é uma resposta social desenvolvida em equipamento, de apoio a actividades sócio recreativas e culturais organizadas e dinamizadas com a participação activa dos idosos da comunidade. A valência tem capacidade para 30 utentes de ambos os sexos, com 60 anos ou mais, preferencialmente residentes da freguesia.

Presta os seguintes serviços: Hidroginástica, ginástica, Boccia, Actividades Socioculturais, Informática, Workshops, Cuidados de Saúde, Trabalhos Manuais, Lanche e Transporte.



O horário da prestação de serviços é o seguinte: das 14h00 às 18h00 de segunda a sexta-feira.

Valência: CATL

Na década de 1990 entra em funcionamento a valência de Centro de Actividades de Tempos Livres, na Casa da Eira. Tem Acordo de Cooperação para 60 crianças do 1.º Ciclo do Ensino Básico.

São prestados os seguintes serviços às crianças: apoio escolar, transporte, alimentação, apoio psicossocial e actividades socioculturais

O horário da prestação de serviços é o seguinte:

- Período lectivo: 07h30 às 09h00 e das 17h30 às 19h30
- Interrupções lectivas: 07h30 às 19h30

Valência: Creche

Em Março de 2007 é inaugurada a Creche, construída no âmbito de uma candidatura ao programa PARES (Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais), para 33 crianças.

Serviço: CAF

Com o prolongamento do horário do Jardim de Infância, a Obra assumiu com o Município de Paredes a Componente de Apoio à Família, num total de 26 crianças em idade pré-escolar.

Serviço: Habitação Social

Em meados da década de 1960 é construído o Bairro Padre António Moreira de Meireles, com 10 habitações, de forma a responder às necessidades das famílias mais carenciadas.

Serviço: Frota automóvel

Actualmente, é constituída por 6 viaturas (4 monovolumes, 1 carrinha e 1 mini-autocarro, adquirido em Maio de 2007). Uma das viaturas de transporte de utentes possui plataforma elevatória.



Jardim Soverosa

Em Outubro de 2007 foi inaugurado o Jardim Soverosa, um pequeno parque de lazer, contíguo às instalações do Lar, aberto a toda a comunidade. Possui um parque infantil, casas de banho e um bar de apoio. Brevemente irá ser dotado de um parque geriátrico, a implementar no âmbito de uma candidatura a um concurso promovido pela Fundação Gulbenkian.

Parque de Alvites

Em Setembro de 2009 foi inaugurado o Parque de Alvites, com zona de merendas e um pequeno espaço dedicado à actividade desportiva, junto a uma linha de água da zona Sul da freguesia.

Mostra de Artesanato

A Obra organiza, desde 2006, uma Mostra de Artesanato, no primeiro fim-de-semana de Setembro, no Jardim Soverosa. Esta iniciativa junta cerca de meia centena de artesãos, com um cartaz de animação cultural diversificado.

A obra tem as seguintes parcerias:

- Segurança Social – Acordos de Cooperação
- Segurança Social – Rendimento Social de Inserção
- IEFP – Centro de Emprego de Penafiel
- Município de Paredes – Componente de Apoio à Família
- Freguesia de Sobrosa
- Rede Social do Concelho de Paredes
- Agrupamento Vertical de Escolas de Cristelo
- Conselho Geral da Escola EB 2,3 de Cristelo
- Centro Novas Oportunidades – Escola EB 2,3 de Freamunde
- Ágito – Formação e Serviços
- Tematicus - Formação
- Ambisousa - Projecto “Tampinhas”
- ADERSOUSA
- Fundação Calouste Gulbenkian



A Instituição tem os seguintes utentes:

- Lar de Idosos: 28
- Centro de Dia: 15
- Serviço de Apoio ao Domicílio: 15
- Centro de Convívio: 26
- Centro de ATL: 65
- Creche: 35
- CAF: 26
- Habitação Social: 10 habitações

Faz parte da ambição da actual Direcção da instituição a construção do Lar Residencial para Pessoas com Deficiência e a candidatura a um CAT – Centro de Acolhimento Temporário para crianças e jovens em risco e vítimas de maus tratos.

No âmbito de uma candidatura ao PRODER, já aprovada, foi construído de raiz um Lar Residencial para Deficientes, com capacidade para 14 utentes.

Esta infra-estrutura será única no Vale do Sousa, colmatando uma lacuna há muito existente nesta região. São de destacar a sua localização privilegiada, a salvaguarda das especificidades dos futuros utentes, e como o respeito pela legislação em vigor. O investimento ultrapassa os 350 mil euros, sendo que foi atribuída a comparticipação elegível máxima, no valor de 200 mil euros.



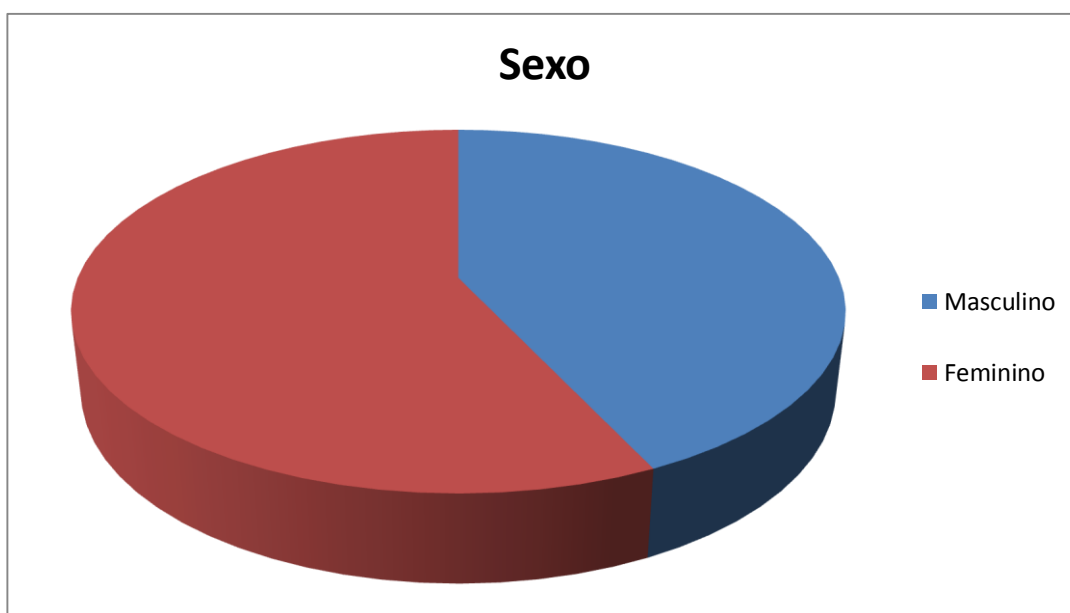
2. Caracterização geral da população

A Obra de Assistência Social da Freguesia de Sobrosa tinha como projecto a criação de um Centro de Convívio. Para perceber se era viável abrir este centro teve que se realizar um diagnóstico de necessidades, em que se administrou um questionário a toda a população da Freguesia de Sobrosa com 60 ou mais anos de idade, este trabalho foi dinamizado de porta em porta. O diagnóstico de necessidades era constituído por 8 itens, sendo eles os seguintes: nome, data de nascimento, morada, contacto, última profissão, se já tinha frequentado algum centro de convívio e se estava interessado em frequentar, actividades que mais gosta de fazer e se vive sozinho ou acompanhado (ver anexo 1).

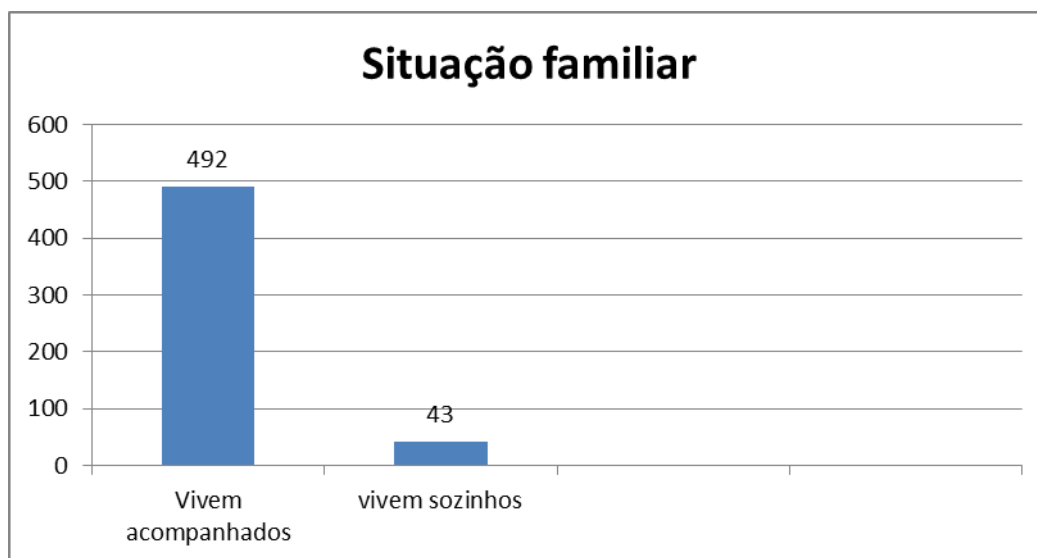
Para o estudo também foram consultadas as listas dos eleitores nas quais constavam 563 pessoas, com 60 ou mais anos, depois do tratamento dos dados concluiu-se que existem na Vila de Sobrosa só 535 pessoas. Esta inconformidade deve-se a dois motivos: por algumas pessoas estarem a residir no Lar de idosos da nossa entidade e ainda por algumas pessoas trabalharem, uma vez que ainda não atingiram a idade da reforma.

Idades	Homens	Mulheres	Total
99-94	3	1	4
93-88	9	11	20
87-82	15	25	40
81-76	40	54	94
75-70	49	65	114
69-64	69	101	170
63-58	45	48	93
Total	230	305	535

Do universo das 535 pessoas 305 são do sexo feminino e 230 do sexo masculino. Como se pode ver no seguinte gráfico, o sexo feminino é maioritário.

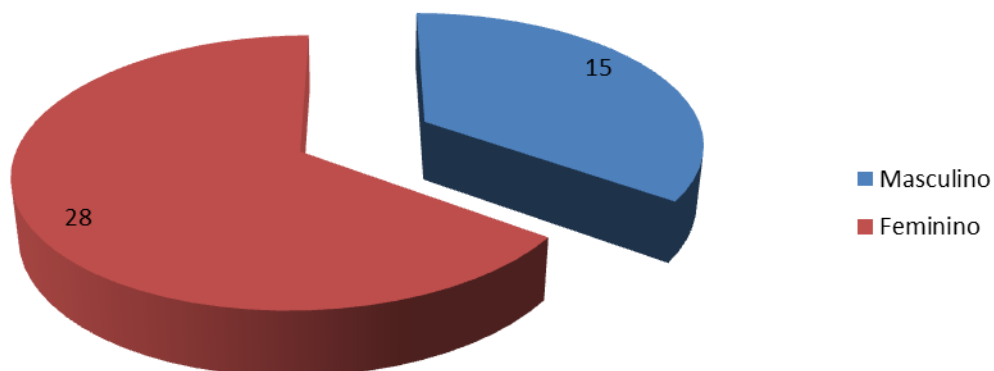


Relativamente à questão se vivem só ou acompanhados podemos referir que existe um número relativamente sobressaído de pessoas a morarem sozinhas (43). Dos que moram sozinhos nem sempre são acompanhados pelos maridos ou esposas, por vezes estão acompanhadas pelos filhos e pelos netos.



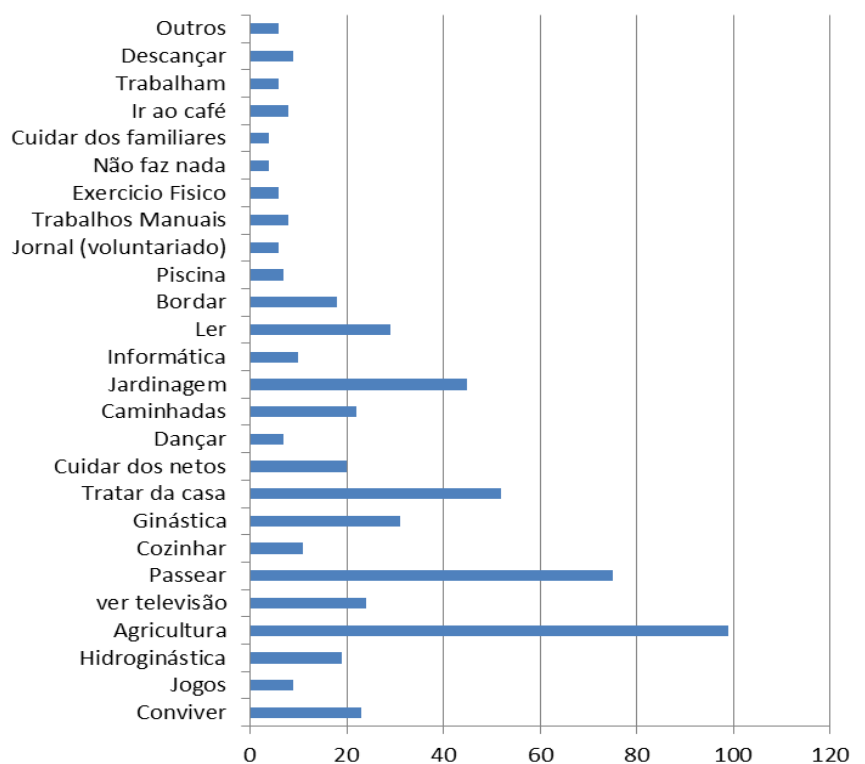
As estatísticas referem que a maior parte das pessoas que moram sozinhas são do sexo feminino. O Diagnóstico de necessidades veio confirmar isso mesmo, uma vez que 28 são do sexo feminino e 15 são do sexo masculino. Como podemos ver no gráfico seguinte:

Pessoas que vivem sozinhas

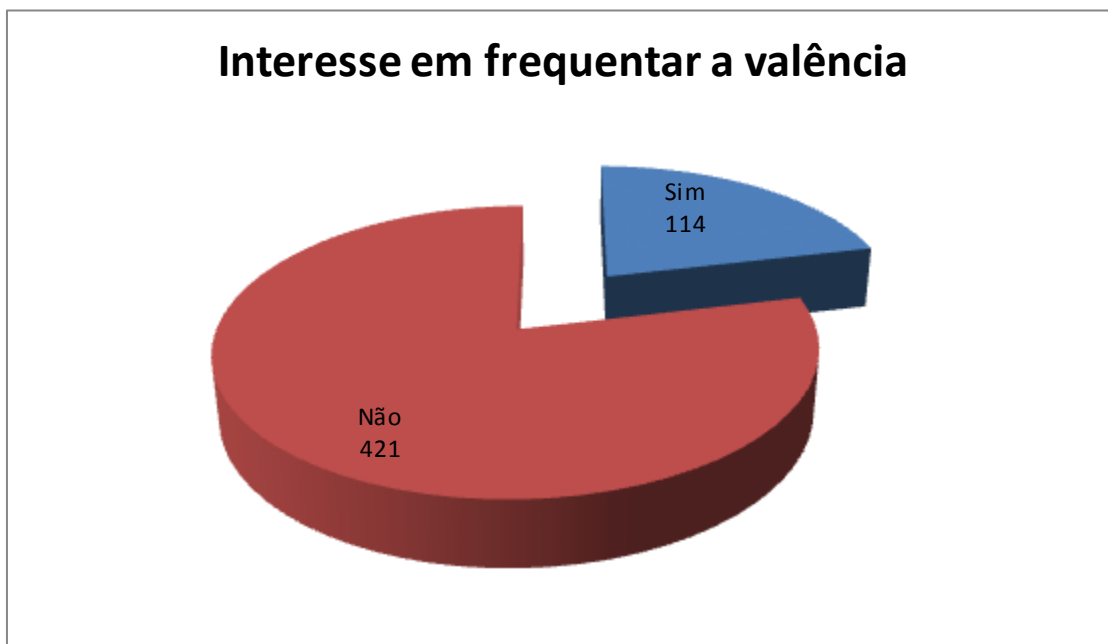


Após apresentarmos a caracterização demográfica da população procedemos ao diagnóstico de necessidades. Quanto à questão que tipo de actividades gostam de realizar as que se sobressaem mais são: agricultura, passear, tratar da casa, jardinagem, entre outras, como se pode ver no seguinte gráfico:

Actividades preferidas



Podemos referir ainda que no total de 535 inquéritos realizados, 114 mostraram-se interessados em frequentar esta valência.



Podemos concluir que este projecto é uma necessidade, uma vez que a população da Vila de Sobrosa tem falta de uma valência para ocupar os seus tempos livres. Para além disso, é uma necessidade, uma vez que temos algumas pessoas a morarem sozinhas e esta valência é um meio para ultrapassar a solidão.



3. Enquadramento Teórico

Este ponto do relatório tem como objectivo apresentar o enquadramento teórico centrado no nosso objectivo geral prevenir o isolamento e o envelhecimento de forma a promover o envelhecimento activo e bem-sucedido.

Numa sociedade que tem cada vez mais pessoas idosas é crucial conhecer melhor o seu mundo e colaborar, de alguma forma com este trabalho, para desmistificar a imagem dos seniores.

Assim sendo, o envelhecimento tem desencadeado em todo o mundo reacções diferentes, levando a fenómenos de exclusão social dos idosos.

3.1- Envelhecimento e isolamento

O envelhecimento é um fenómeno biológico, psicológico e social que atinge o ser humano na plenitude da sua existência, modifica a sua relação com o tempo, o seu relacionamento com o mundo e com a sua própria história. Segundo Ribeiro e Paúl (2012) o envelhecimento tem sido descrito como um processo, ou conjunto de processos, inerentes a todos os seres vivos e que se expressa pela perda da capacidade de adaptação e pela diminuição da funcionalidade, estando assim associado a inúmeras alterações com repercussões na mobilidade, autonomia e saúde desta população.

O envelhecimento embora complexo, trata-se de um fenómeno que apresenta algumas características é normal, gradual e universal. Ou seja, implica um conjunto de transformações que ocorre em todos os seres humanos com a passagem do tempo, independentemente da sua vontade. É também irreversível. Apesar de todos os esforços e avanços da ciência, nada impede ou reverte o processo de envelhecimento. É único, individual e heterogéneo, uma vez que depende da interacção entre factores internos (património genético) e externos (estilo de vida, educação, ambiente e condições sociais) (Figueiredo, Guerra & Sousa, 2011 cit. in Ruivo, 2011).

O envelhecimento da população foi durante muito tempo percebido como sendo resultado, unicamente, do aumento da esperança média de vida das pessoas. Existem dois tipos de envelhecimento: o envelhecimento na base e o envelhecimento no topo. Isto é uma redução significativa na proporção de jovens e a um alargamento do topo da



pirâmide etária com um aumento do número de pessoas com mais de 65 anos (REAPN, 2009).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, o abrandamento do crescimento populacional no nosso país mantém-se, assim como a tendência de envelhecimento demográfico. Mulheres e homens permanecem saudáveis durante mais tempo, ganhando uma cada vez mais surpreendente qualidade de vida e se apresentam com força e energia antes insuspeitas nos idosos das outras gerações.

O conceito de velhice vem-se modificando e a forma com que se encara hoje a idade das pessoas subordina-se. O conceito de velhice mudou e a velhice dura mais tempo.

O conceito de envelhecimento vem assumindo várias conotações ao longo do tempo. Desde ancião respeitável – advindo dos raros patriarcas com experiência acumulada e valorizada - ao velho – caracterizando tudo o que está gasto e degradado - terceira idade - terceira aposentadoria. O envelhecimento fica crescentemente adiado para uma quarta idade, a partir do que se associa a tradicional imagem de decadência e de perda de capacidades físicas e psicossociais (Negreiros, 2003).

Os idosos são um grupo bastante heterogéneo em resultado do próprio peso da história de vida de cada um. A definição destas noções chave quase que poderiam ser usadas para determinar a entrada da pessoa na velhice, sendo que esta é muitas vezes encarada como um estado onde as capacidades começam a diminuir e as pessoas ficam mais vulneráveis. Na nossa sociedade o único marcador que existe e que nos permite fazer essa delimitação é a entrada para a reforma. A velhice tem de ser preparada desde cedo (REAPN, 2009). Na opinião de Negreiros (2003) a concepção de estar se tornando velho é excluída da própria identidade, diante da internalização dos preconceitos. Velhos são os outros. O velho de hoje já foi um discriminador, lentamente, mesmo sem sentir ou admitir, foi passando para o grupo discriminado.

O mesmo autor refere ainda, que cada um tem de inventar o seu envelhecimento e cada transição tende a ser interpretada como uma crise de identidade a ser resolvida. Não há um processo de envelhecimento abstracto e universal, cada um vive uma particular experiência em todas as fases da vida.

Assim sendo, Marques (2011), refere que tendemos a assumir uma representação do idoso como alguém incapaz, incompetente e passivo que precisa que outros assumam o controlo da sua vida. Isto não significa que não devamos prestar auxílio quando



necessário, mas deve ser feito sempre um esforço para envolver as pessoas idosas na decisão e respeitar a sua privacidade.

A vitalidade das nossas sociedades depende cada vez mais da participação activa das pessoas idosas. Neste sentido, o desafio primordial está na promoção de uma cultura que valorize a experiência e o conhecimento que acresce com a idade. Devemos proporcionar as condições económicas e sociais que permitam às pessoas de todas as idades uma integração na sociedade, que passa pela liberdade em decidir como se relacionam e podem contribuir para a sociedade e se sintam neste processo (REAPN, 2009).

Na Segunda Assembleia Geral sobre o Envelhecimento, a acção dirigia-se em três direcções fundamentais: as pessoas de idade e o desenvolvimento; a promoção da saúde e do bem-estar na velhice e a criação de ambientes emancipadores e propícios.

O envelhecimento coloca à sociedade um conjunto de desafios que o documento da comissão resume nas seguintes dimensões: declínio da população em idade activa e o envelhecimento da força de trabalho; pressão no sistema de pensões e das finanças públicas em resultado do aumento do número de pessoas em idade de reforma e do declínio da população em idade activa; crescente aumento das necessidades de cuidados de saúde para as pessoas idosas; crescente diversidade ao nível da população idosa em termos de recursos e necessidades; a dimensão do género (REAPN, 2009).

O mesmo autor refere ainda que a União promove uma visão holística do envelhecimento, tendo em conta que se está perante um fenómeno que diz respeito a todo o ciclo de vida humana e a todas as dimensões da vida social. Ainda verifica-se uma preocupação pela intervenção ao nível de dois eixos em particular: aumentar/prolongar a participação das pessoas no emprego e proceder a uma modernização dos sistemas de protecção social.

Desta forma, o envelhecimento veio despertar a atenção dos países para um fenómeno em contínuo crescimento, com consequências do ponto de vista social, político, económico, cultural, etc., que deve e merece, o mais rapidamente possível uma atenção particular que passa pela definição de estratégias eficazes que previnam e contrariem os seus efeitos, tendo sempre presente a procura do bem-estar de todas as pessoas e a defesa do bem – comum (REAPN, 2009).

O isolamento é uma realidade cada vez mais incidente na nossa sociedade. Logo, pode considerar-se a situação de isolamento como de inexistência ou não



funcionamento das redes sociais de apoio, determinante do stress e com consequências em termos de saúde física e psicológica dos sujeitos (Paúl, 1997:83).

Bennett (1980 cit. in Paul, 1997) escreveu vários tipos de isolamento, relativos a um *continuum* entre o isolamento e a integração, no entanto referir-se-ão apenas dois deles por se considerarem mais relevantes para a presente análise: os isolados voluntários ou recentes, que, por motivos que não controlam, como por exemplo a saúde, ficam incapazes de manter o seu envolvimento social e sofrem uma diminuição acentuada dos seus níveis de funcionamento, nomeadamente cognitivo e os isolados voluntários de longa data, que levaram uma vida inactiva, infeliz do ponto de vista social, embora possam não apresentar sintomas de perturbação psicológica. De acordo, ainda, com o mesmo autor, as mulheres são mais isoladas do que os homens. Tal ocorrência poderá dever-se ao facto da população feminina, para além de ser maioritária na nossa sociedade, também gozar de uma esperança de vida superior. Monk (1988, cit. in Paul, 1997) refere ainda que os indivíduos isolados tendem a ter um baixo estatuto sócio-económico.

A própria noção de isolamento abrange formulações distintas, o tempo passado só, a falta de relações sociais, a falta de contactos com familiares ou a existência ou não de um “confidente”. Assim sendo, a solidão reflecte, essencialmente, uma discrepância subjectiva entre os níveis de contactos sociais desejados e realizados, podendo atingir dimensões psicopatológicas (idem, ibidem) .

Após a revisão dos autores na tentativa de explicar o conceito de isolamento, achou-se mais consensual optar pela definição que vai de encontro com Sheldon (1948), citado por Monk (1988, cit. in Paúl, 1997), existe uma categoria particular de isolados, a que chama os isolados voluntários, ou os que toda a vida foram isolados, confirmada posteriormente por vários autores. Este tipo de isolamento integra-se num modelo circular que independentemente de ter origem emocional, social ou fisiológica, se observa uma exacerbação dos sentimentos e comportamentos depressivos e paranóicos. Estas perturbações afectivas contribuem para aumentar o isolamento. Para justificar tal facto, Monk (1990, idem, ibidem) refere que “a falta de estimulação sensorial, como é experimentada em condições de isolamento, acelera a degeneração das células e a perda de funções orgânicas. Segue-se a depressão, contribuindo para a interferência na recepção de estímulos internos (...) no que é comumente chamado de senilidade (...),



em resumo, a relação, nos idosos, entre saúde mental e o isolamento, pode constituir um padrão circular de causa-efeito”.

Os autores Chappell e Badger (1989, *idem*, *ibidem*) distinguem isolamento social de isolamento emotivo, referindo-se o primeiro à ausência de interações reais com os outros indivíduos e o segundo à falta de um confidente, de alguém íntimo. A relação entre o isolamento social e o bem-estar dos idosos, foi estudada a partir de dez indicadores comuns ao isolamento social. A medida quantitativa (ausência de contactos diários e contactos semanais mínimos), não ter filhos, não ter filhos e ser solteira, não ter filhos e viver só, não tinha relação com a felicidade global e a satisfação de vida. A combinação de indicadores de viver só e ser solteiro, assim como os únicos indicadores de não ter companheiro ou confidente estavam relacionados a nível bivariado com ambas as medidas de bem-estar. Quando se controlam os factores demográficos, económicos e de saúde, não ter confidentes, nem companheiros, estava significativa e independentemente relacionado com o bem-estar subjectivo.

Posto isto, é notório que estes resultados apontam para a quantidade e qualidade das relações sociais como indicadores da saúde e bem-estar, apoiando simultaneamente a distinção entre o isolamento social e psicológico, uma vez que nem todos os aspectos do isolamento social se relacionam com o bem-estar.

Uma educação para o envelhecimento e uma consciencialização do que acontece ao organismo pode permitir a quem envelhece ter uma melhor qualidade de vida. Conhecer o próprio corpo é fundamental para um envelhecimento saudável, activo e co sucesso.

3.2- Envelhecimento Activo

Assim sendo, uma das estratégias é o envelhecimento activo. Segundo o modelo da OMS, para se conseguir que um envelhecimento seja activo, para implementar políticas com esse objectivo, há que desde cedo fazê-lo.

Existe um conjunto de determinantes que se mantêm ao longo da vida e é actuando sobre eles que se consegue preparar o futuro. Os determinantes são os seguintes: sistema de saúde e serviços sociais, determinantes comportamentais (estilos de vida saudável e participação activa nos cuidados da própria saúde), factores pessoais (características individuais da pessoa, personalidade...), ambiente físico (acessibilidade



de transportes, moradias); ambiente social (apoio social, educação...), económicos (rendimentos, protecção social, oportunidades de trabalho digno) (REAPN, 2009). Segundo Ribeiro e Paúl (2011), referem que a cultura e o género são factores determinantes e transversais para compreendermos este conceito. A cultura inerente a toda a vida do individuo influencia a forma como se encara o idoso e todo o processo de envelhecimento e o modo como se intervém nestas questões. Ao mesmo tempo, sempre que se definem políticas e metodologias de intervenção deve-se ter em conta o género, uma vez que envelhecer homem ou envelhecer mulher não é a mesma coisa. “A construção de identidades de género, moldadas ao longo do tempo histórico e cultural, enfatiza experiências de vida e resultados de envelhecimentos distintos, de homens e mulheres, com diferentes presentes e expectativas de futuro, nas várias esferas da vida.” (Ribeiro e Paúl, 2011:4).

A OMS definiu envelhecimento activo: como o processo de otimizar as oportunidades para a saúde, participação social e segurança de modo a aumentar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Esta noção pretende despertar nas pessoas a consciência pelo seu potencial bem-estar físico, social e mental ao longo da vida e participar na sociedade, ao mesmo tempo que lhes é providenciada protecção, segurança e cuidados adequados sempre que precisarem. O envelhecimento activo permite aos indivíduos realizarem o seu potencial físico, social e mental ao longo da sua vida e participarem na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades. Simultaneamente, fornece-lhes protecção, segurança e cuidados necessários quando necessitam de ajuda. A palavra activo refere-se à continuação da participação em actividades sociais, económicas, culturais, espirituais e cívicas e não só meramente à força física ou à participação no mercado de trabalho. Neste sentido, uma política de incentivo ao envelhecimento activo deve procurar actuar de uma forma integrada, focando todos estes aspectos e não cingir-se a medidas mais económicas e mais imediatas, tais como a eliminação de incentivos à reforma antecipada (Marques, 2011).

Para os autores Ribeiro e Paúl (2011), a nível individual, o envelhecimento activo deve ser fomentado através de acções capazes de dotar as pessoas de uma tomada de consciência acerca do poder e controlo que têm sobre a sua vida, a promoção de mecanismos adaptativos, de aceitação e de autonomia assumem-se como uma prioridade. Os conceitos chaves deste novo paradigma são a autonomia (considerada no



sentido do controlo individual sobre a vida e a capacidade inalienável de decisão), a independência (nas actividades de vida diária e nas actividades instrumentais de vida diária, ou seja, a capacidade de cuidar de si próprio, na manutenção básica do seu corpo, e no exercício de competências de manipulação do mundo externo, igualmente essenciais à rotina diária), a expectativa de vida saudável (traduzível no tempo de vida que se pode esperar viver sem precisar de cuidados especiais) e a qualidade de vida (a qual incorpora, de modo complexo, a saúde física, o estado psicológico, o nível de dependência, as relações sociais, as crenças pessoais e as características do ambiente em que a pessoa se encontra inserida).

Para a autora Marques (2011), o envelhecimento activo constitui por si só uma orientação global e duradoura que pressupõe um amplo acompanhamento, além das reformas dos regimes de pensões. Para que as pessoas possam encarar a possibilidade de trabalhar mais tempo, é necessário que não tenham de confrontar-se com preconceitos discriminatórios, estejam preparadas para actualizar e valorizar competências adquiridas ao longo do tempo, possam aceder a regimes de reforma flexíveis e, não só gozem de boa saúde física e mental, como também possam esperar viver mais tempo nessas condições.

Neste seguimento, para a autora, o envelhecimento activo é um aspecto central, devendo ser promovido a nível individual.

Individualmente, o envelhecimento activo pode ser entendido como o conjunto de atitudes e acções que podemos ter no sentido de prevenir ou adiar as dificuldades associadas ao envelhecimento. As alterações físicas e intelectuais que ocorrem com o envelhecimento variam de pessoa para pessoa e dependem das características genéticas e hábitos tidos durante a vida. É sempre oportuno salientar a alimentação saudável, a prática adequada de desporto, uma boa hidratação, repouso e exposição moderada ao sol, não esquecendo as consultas de seguimento do médico assistente. O bem-estar psíquico e intelectual (memória, raciocínio, boa disposição) – fundamentais no envelhecimento activo e saudável – também de protegem e promovem com cuidados permanentes: leitura regular, participação activa na discussão dos assuntos do quotidiano, realização de jogos que estimulam raciocínio, manutenção de actividades dentro e fora de casa (passeios, visitas, voluntariado...), participação em tarefas de grupo ou eventos de associativismo, entre outros.



Mas o investimento individual da pessoa idosa (e respectivas famílias), carece obviamente de políticas e infraestruturas comunitárias. O PNSPI prevê o envolvimento dos serviços de saúde mas dá especial ênfase ao estabelecimento de parcerias e o bom aproveitamento dos todos recursos comunitários existentes e concorrentes para os objectivos do programa: autarquias, instituições de acção social, estabelecimentos de ensino, entidades privadas, etc.

O princípio ético pelo qual se rege baseia-se na ideia de que é necessário estimular a iniciativa das pessoas idosas para a autonomia e independência e promover o envelhecimento activo. Foram definidos três pilares fundamentais: a promoção de um envelhecimento activo ao longo de toda a vida; a maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas; e a promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores de autonomia e independência das pessoas idosas (Marques, 2011).

Esta autora refere ainda que estas políticas têm por objectivo promover uma longevidade mais saudável e produtiva, em que as pessoas assumem papeis de maior relevo social ate mais tarde. O objectivo é que este envelhecimento activo surja não como uma imposição, mas como uma opção.

Para promover o envelhecimento activo, o Estado tem promovido um investimento organizado em respostas sociais dirigidas aos problemas da população envelhecida que passam sobretudo pela substituição dos tradicionais asilos pelos lares residenciais e pela criação de outro tipo de ofertas, como os centros de dia e os serviços de apoio domiciliário, cujo principal objectivo é a manutenção das pessoas idosas por mais tempo nas suas residências (Marques, 2011).

3.3- Envelhecimento bem-sucedido

O conceito de Envelhecimento Bem-sucedido surge em meados dos anos 80 resultando das alterações demográficas e consequentes necessidades de promover uma adaptação optimizada a uma nova etapa de vida.

De acordo com Rowe e Kahn (1997), o Envelhecimento bem-sucedido implica que as pessoas apresentem um baixo risco de doença e incapacidades, que pratiquem um estilo de vida saudável e que mantenham uma vida social activa.



Estes autores referem ainda que o Envelhecimento bem-sucedido engloba três componentes centrais:

1. Reduzida probabilidade de doença e a incapacidade a ela associada. Inclui a ausência de doença mas também a ausência ou a presença de reduzidos factores de risco para ter doença.
2. Elevada capacidade cognitiva e capacidade funcional. Inclui o que a pessoa é capaz de fazer e o que realmente faz.
3. Envolvimento activo com a vida. Inclui a presença de relações interpessoais e o desenvolvimento de actividades produtivas.

Como referi no início do ponto anterior, a cultura é uma arma fundamental na adaptação ao envelhecimento, que não só nos ajuda a compreendê-lo, como nos ajuda a compensar os declínios que lhe estão associados (Ribeiro e Paúl, 2011).

Estes autores referem que a cultura é vista como um conjunto abrangente dos recursos pessoais e sociais disponíveis, num dado momento histórico-espacial, aos indivíduos que partilham recursos e valores de uma comunidade. Referem ainda que com o aumento da idade existe um aumento da necessidade da cultura face a um balanço entre os ganhos e perdas que se torna menos positivo com a idade, sublinhando a necessidade de compensação pela cultura, face à diminuição dos recursos biológicos da pessoa.

Segundo estes autores o envelhecimento bem-sucedido envolve a interacção entre três componentes fundamentais: a selecção, a optimização e a compensação (Modelo SOC). Ao longo do desenvolvimento humano, estes três mecanismos psicológicos são usados regularmente aquando a escolha que é feita e em qualquer área da vida. Em cada opção que anula outros caminhos ao abrir lugar à exploração do caminho seleccionado, pode também ser visto numa perspectiva longitudinal, em que a fase inicial da vida é uma fase de selecção de objectivos, a fase intermédia corresponde à optimização das escolhas feitas e a fase seguinte a uma etapa de compensação face a um cenário de equilíbrio mais desfavorável no desempenho do indivíduo.

A selecção implica que as expectativas sejam ajustadas para permitir a experiencia subjectiva da satisfação bem como o controlo pessoal.

A optimização é dirigida à minimização e ganhos, a nível intra e interpessoal, pressupõe que os idosos se envolvam em comportamentos capazes de aumentar e



enriquecer as suas capacidades de reserva, maximizando os percursos de vida escolhidos.

A compensação facilita a adaptação à perda, no sentido de manter ou otimizar o funcionamento anterior. É um mecanismo que se torna operativo quando as capacidades comportamentais ou as competências se perdem ou estão reduzidas, encontrando-se abaixo do nível adequado de funcionamento.

Baltes e Carstensen (1996 cit in. Ribeiro e Paul 2012) preconizam que a adoção de uma visão de processo à adaptação face às mudanças decorrentes do envelhecimento, comporta três vantagens: a primeira é reconhecer a heterogeneidade do ato de envelhecer; a segunda consiste em acentuar as propriedades funcionais e subjectivas dos comportamentos adoptados pelas pessoas idosas para lidarem com os constrangimentos e atingirem os objectivos a que se propõem; a terceira considera que a relação frequentemente desfavorável entre ganhos e perdas que sucede na velhice pode ser melhor gerida quando o individuo possui a capacidade para utilizar adequadamente mecanismos de selecção, optimização e compensação, como forma de continuar a definir e a alcançar objectivos específicos e significativos para a sua vida.



4. Projecto de investigação/intervenção

4.1. Objectivos

Neste momento a nossa atenção prende-se com a identificação e fundamentação do nosso objecto de estudo. Assim sendo, o nosso projecto de investigação/intervenção tem como objecto de estudo a criação e dinamização de um Centro de Convívio.

A concretização deste projecto tem por base um objectivo geral e três objectivos específicos. O objectivo geral é o seguinte prevenir o isolamento e o envelhecimento de forma a promover o envelhecimento activo e bem-sucedido. E os objectivos específicos são: fazer uma avaliação diagnóstica, criar os planos de desenvolvimento individuais e adaptar o plano de actividades a cada utente.

O objectivo específico, fazer uma avaliação diagnóstica, teve as seguintes acções: procurar um exemplo de uma ficha de avaliação diagnóstica e recolher a informação. Para isso, tínhamos de efectuar as seguintes tarefas: adaptar a ficha de avaliação diagnóstica, conversar com os utentes para explicar em que consiste e aplicar a ficha de avaliação diagnóstica a cada utente individualmente.

Quanto ao objectivo específico, criar planos de desenvolvimento individuais, este teve as seguintes acções: procurar um exemplo do plano de desenvolvimento individual e implementar o plano de desenvolvimento individual. Para isso, tínhamos de efectuar as seguintes tarefas: adaptar o plano de desenvolvimento individual, conversar com cada utente, preencher o plano de desenvolvimento individual e monitorizar, avaliar e rever o plano de desenvolvimento individual sempre que necessário.

Por último, o objectivo específico adaptar o plano de actividades a cada utente teve como acções as seguintes: identificar os gostos/habilidades dos utentes, constatar se os gostos dos utentes coincidem com as actividades presentes no centro de convívio e criar outras propostas de actividades. Para isso, tínhamos de efectuar as seguintes acções: conversar com os utentes, fazer uma listagem dos gostos dos utentes, propor à directora da instituição as novas sugestões de actividades e implementar as novas actividades.



4.2. Metodologia

Nesta etapa abordamos os aspectos relacionados com a metodologia utilizada no nosso percurso de investigação/intervenção.

Para Fortin, (2000: 15) “a investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual vivemos. É um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam duma investigação. Pelas suas funções, a investigação permite descrever, explicar e prever factos, acontecimentos ou fenómenos.”

Na presente investigação, optamos pelo método mais adequado tendo em conta dois critérios: generalização da investigação e obtenção e tratamento de dados.

Quanto à generalização, o método mais adequado é o estudo de casos ou análise intensiva, uma vez que visa a análise ou o estudo de modo intensivo ou em profundidade de situações particulares, visando compreender o que as pessoas pensam e sentem. Tem por objectivo a compreensão dada pelos actores sociais às situações ou acontecimentos em que estão envolvidos.

Uma vez que recorremos à análise intensiva é pertinente que quanto ao critério de obtenção e tratamento de dados, seja utilizado neste estudo métodos qualitativos, visto que estes privilegiam o caso singular, tendo como objectivo a compreensão dada pelos actores sociais às situações ou acontecimentos em que estão envolvidos.

Recorremos ao método qualitativo uma vez que, segundo Martins (2004), esta metodologia privilegia, de um modo geral, a análise de microprocessos, através do estudo das acções sociais, individuais e grupais. Realizando um exame intensivo dos dados, tanto em amplitude quanto em profundidade, os métodos qualitativos tratam as unidades sociais investigadas como totalidades que desafiam o pesquisador. Neste caso, a preocupação básica do cientista social é a aproximação dos dados, e fazê-lo falar da forma mais completa possível, abrindo-se à realidade social para melhor apreendê-la e compreendê-la. Assim sendo, com este método os investigadores pretendem compreender as perspectivas dos sujeitos em estudo na sua globalidade. Para isso, incorporam-se na sua realidade, identificando-se com eles, de modo a tentarem perceber como os sujeitos encaram essa mesma realidade.



Neste sentido, para que isto seja possível, ao longo do nosso estágio, tentamos inserir-nos na realidade do Centro de Convívio. Este processo foi efectivado com o recurso a algumas estratégias, das quais destacamos as seguintes: a convivência com os utentes, nomeadamente na hora no lanche, a participação nas actividades com os mesmos, bem como de algumas conversas informais.

Para que este processo seja realizado da melhor forma, temos que adoptar uma postura de escuta-activa, e para além disso, torna-se essencial romper com as nossas pré-noções e juízos de valor, fazendo tábua rasa das noções do senso comum, pois só assim conseguimos a confiança e participação das pessoas implicadas.

Neste âmbito o recurso a várias técnicas de recolha de informação pertinente torna-se imprescindível quando se pretende implementar um projecto. Assim, para a fundamentação teórica foi efectuado um trabalho de recolha e análise de informação bibliográfica, no sentido de aprofundar os conhecimentos na área do envelhecimento activo e bem-sucedido.

Importa ainda fazer referência à técnica de observação, visto que na opinião de Carmo e Ferreira (1998: 96) “a observação é, por conseguinte, um meio indispensável para entender e interpretar a realidade social. Por maioria de razão se compreende que sem uma observação cuidada, feita de modo sistemático, não é possível uma intervenção social eficaz”. Assim, esta técnica foi utilizado por nós, particularmente na observação do dia-a-dia e das dinâmicas dos utentes, de modo a perceber se estes se sentem como parte integrante no Centro de Convívio.

Neste sentido, esta técnica tem como vantagens a apreensão dos comportamentos e dos acontecimentos no próprio momento em que se reproduzem, a recolha de comportamentos e atitudes espontâneas, conseguindo, ainda, obter uma autenticidade relativa dos acontecimentos.

A observação à qual nós demos maior relevância foi a observação não participante directa. Na perspectiva de Rubio e Varas (2004), na observação não participante o observador não se incorpora na vida quotidiana do grupo a observar, nem participa das suas vivências e relações. Ele age como um espectador passivo, que se limita a registar a informação que aparece ante dele, sem interacção, nem implicação alguma. Neste sentido, diz-se que a observação externa ou não participante não é intrusiva, isto é, não interfere nem modifica o desenvolvimento quotidiano do observador.



Assim, estabelecendo uma relação com o nosso estágio, podemos referir que de facto não nos incorporamos na vida quotidiana dos utentes, uma vez que só estamos em contacto com estes tarde todos os dias de segunda à sexta, o que não nos permite uma inclusão plena. Por outro lado, discordamos em parte com os autores, quando estes referem que não existe interacção, nem implicação alguma, uma vez que na nossa opinião ela existe, sobretudo nas actividades por nós realizadas durante a semana. Através desta observação conseguimos apreender os comportamentos e os acontecimentos *in loco*.

Várias outras técnicas foram utilizadas, designadamente as conversas informais. Como afirma Costa (2002), é habitual manter-se um relacionamento mais frequente e mais intenso com algumas pessoas. “O objectivo é múltiplo. Em primeiro lugar, é um imperativo prático da inserção no tecido social local. Em segundo lugar, procura-se observar sistematicamente os respectivos quadros de vida e comportamento, procura-se conversar com elas regularmente e procura-se ainda observar com pormenor as sequências por que passam os processos de relacionamento delas com o investigador. Este acompanhamento próximo possibilita observar a multiplicidade de facetas das relações em que estão inseridos, das práticas do quotidiano, das estratégias de vida, dos quadros de representações sociais respectivos. Em terceiro lugar, são permanente fonte de informação sobre outras pessoas, aspectos do contexto social em estudo e acontecimentos que nele se vão passando” (Costa, 2002).

Estas conversas informais são de todo importantes, uma vez que nos permitiram recolher informações fundamentais para a implementação do projecto de investigação/intervenção. O recurso a esta técnica, permitiu ainda estabelecer um contacto de maior proximidade com os utentes, de modo a conhecê-los a si e às suas dinâmicas e para que estes também nos conheçam. Estas conversas informais tiveram ainda como objectivo perceber como estão a reagir à nossa investigação, para que esta incorpore uma certa flexibilidade para estarmos preparadas para situações não previstas.

Segundo Quivy e Campenhoudt (1998), o inquérito por questionário “consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciências de um acontecimento ou problema, ou ainda sobre o ponto que interesse aos investigadores”. O inquérito por



questionário de perspectival sociológica distingue-se da simples sondagem de opinião pelo facto de visar a verificação de hipóteses teóricas e a análise de correlações que essas hipóteses sugerem. Por isso, os inquéritos são geralmente muito mais elaborados e consistentes do que as sondagens. Vamos utilizar o inquérito denominado “de administração indirecta”, uma vez que vamos completar o mesmo a partir das respostas fornecidas pelo inquirido.

O inquérito por questionário tem como objectivo: o conhecimento de uma população enquanto tal; as suas condições e modos de vida, os seus comportamentos, os seus valores ou as suas opiniões; a análise de um fenómeno social que se julga poder apreender melhor a partir de informações relativas aos indivíduos da população em questão; de uma maneira geral, os casos em que é necessário interrogar um grande número de pessoas e em que se levanta um problema de representatividade (Quivy, 1998). Tem como principal vantagem a possibilidade de quantificar uma multiplicidade de dados e de proceder, por conseguinte, a numerosas análises de correlação.

Relativamente à obtenção e tratamento de dados, optou-se pela análise em Excel e a análise de conteúdo.

O Excel é uma folha de cálculo. Através da utilização de fórmulas, funções, o utilizador obtém resultados facilmente que de outra maneira seria muito mais complicado. Como complemento a esta informação toda existem ainda os gráficos que nos possibilitam uma forma fácil de consultar os dados.

A análise de conteúdo, segundo Quivy e Campenhoudt (1998), permite a desconstrução do discurso e a produção de um novo discurso através de um processo de localização-atribuição de traços de significação, isto é, permite-nos tratar de uma forma metódica as informações e os testemunhos.

A reforçar esta ideia Guerra (2006) afirma que, a análise de conteúdo é uma técnica que confronta o quadro de referência do investigador e o material empírico recolhido. Nesse sentido, a análise de conteúdo tem uma dimensão descritiva que visa dar conta do que nos foi narrado e uma dimensão interpretativa que decorre das interrogações do analista face a um objecto de estudo, com recurso a um sistema de conceitos teórico - analíticos cuja articulação permite formular as regras de inferência.



4.3. Planeamento estratégico

Nesta etapa, abordamos o planeamento estratégico que consiste num processo de formulação de objectivos, de acções e de tarefas para a execução do projecto de investigação/intervenção.

Objectivo geral	Objectivos específicos	Acções	Tarefas
Prevenir o isolamento e o envelhecimento de forma a promover o envelhecimento activo e bem-sucedido;	- Fazer uma avaliação diagnóstica;	- Procurar um exemplo de uma ficha de avaliação diagnóstica; - Recolher informações;	- Adaptar a ficha de avaliação diagnóstica; - Conversar com os utentes para explicar o que consiste; - Efectuar a ficha de avaliação diagnóstica a cada utente individualmente;
	- Criar o plano de desenvolvimento individual;	- Procurar um exemplo do plano de desenvolvimento individual; - Implementar o plano de desenvolvimento individual;	- Adaptar o plano de desenvolvimento individual; - Conversar com cada utente; - Preencher o plano de desenvolvimento individual; - Monitorizar, avaliar e rever o plano de desenvolvimento individual sempre que necessário;
	- Adaptar o plano de actividades a cada utente;	- Identificação dos gostos /habilidades dos utentes; - Constatar se os gostos dos utentes coincidem com as actividades presentes no centro de convívio; - Criação de outras propostas de actividades;	- Conversar com os utentes; - Listagem dos gostos dos utentes; - Propor à directora da instituição as novas sugestões de actividades; - Implementar as novas actividades



5. Relatório do estágio

5.1 Avaliação diagnóstica - Análise e tratamento dos dados

A recolha de dados que de seguida apresentamos resultou de inquéritos por questionário que tiveram como palco privilegiado o Centro de Convívio, isto porque, o conjunto dos inquiridos era constituído pelos utentes do Centro de Convívio. Definimos que o local para a realização dos inquéritos por questionário aos utentes seria no Centro de Convívio por ser um ambiente com o qual já estão familiarizados.

Com a análise do material empírico recolhido através dos inquéritos por questionário pretendemos verificar em que medida podemos prevenir o isolamento e o envelhecimento de forma a promover o envelhecimento activo e bem-sucedido. Todos eles foram contactados, com aviso prévio, acedendo prontamente a colaborar no nosso trabalho.

O inquérito por questionário é constituído por sete domínios, sendo eles os seguintes: os dados de identificação do cliente; o contexto habitacional; a saúde (problemas de saúde); o nível cognitivo (orientação temporal, orientação no espaço e atenção ao cálculo); a capacidade física e funcional (actividades corporais, sensoriais, locomotoras, mentais e outras actividades); os hábitos, gostos/interesses e qualidade de vida (satisfação na relação que estabelece com os familiares, amigos e vizinhos); e as representações (sobre: envelhecimento, projecto de vida, necessidades e expectativas quanto ao serviço e aos colaboradores) (ver anexo 2).

Salientamos que após o efectuarmos o preenchimento dos inquéritos por questionário procedemos ao tratamento de dados facilitando, assim, a sua análise. Toda a informação referente ao tratamento de dados está anexada no final do relatório (ver anexos 3 e 4). Optámos por manter e respeitar a linguagem utilizada pelos idosos, apesar dos termos e expressões deturpados. Essa linguagem reflecte os contextos culturais em que vivem os idosos e permite-nos conhecer de forma mais rigorosa a população em causa.

Posto isto, apresentamos de seguida os resultados do nosso estudo.



Distribuição dos idosos por idade e sexo			
	Homens	Mulheres	Total
60-64	1	3	4
65-69	3	7	10
70-74	1	4	5
75-79	1	1	2
80-84	1	1	2
Total	7	16	23

A população alvo é constituída por 23 idosos com idades compreendidas entre os 60 e os 81 anos. A seguir à idade, o sexo é o factor de risco mais importante, ou seja, a mortalidade nas mulheres, está adiantada em dez anos em relação à dos homens (Correia, 2003). Assim, no que respeita ao sexo, constatamos que as mulheres apresentam uma clara predominância no nosso estudo.

Distribuição dos idosos por estado civil			
	Homens	Mulheres	Total
Solteiro	1	2	3
Casado	5	8	13
Viúvo	1	6	7

Quando relacionamos o estado civil com a idade podemos aferir que o facto dos inquiridos atingirem uma maior longevidade provoca alterações no estado civil e quando transpomos para a nossa realidade, não observamos isso, uma vez que a população alvo é maioritariamente casada.

Habilitações literárias dos idosos			
	Masculino	Feminino	Total
Não sabe ler nem escrever		1	1
Sabe ler e escrever			
Ensino Básico	7	12	19
Ensino Preparatório		2	2
Ensino Secundário		1	1
Total	7	16	23



No que respeita às habilitações literárias, 19 dos inquiridos referiram que completaram o ensino básico. Apenas dois idosos, todos do sexo feminino, declaram ter completado o ensino preparatório. Só um utentes terminou o ensino secundário, sendo esta do sexo feminino. Apenas num dos inquiridos se verifica a ausência de qualquer nível de instrução – analfabeto. De modo que, a baixa taxa de escolaridade depreende-se com o estilo de vida praticado por estes. Quase todos os idosos tiveram um passado agrícola ou é originária de uma família de agricultores, daí a necessidade de exercer muito cedo, o trabalho árduo para ajudar a família, repercutindo-se na fraca escolaridade.

Última profissão do idoso			
	Masculino	Feminino	Total
Marceneiro	4		4
Maquinista			
Empregada de Limpeza		4	4
Empregada Domestica			
Fiel de armazém	1		1
Cozinheira		3	3
Ajudante de cozinha			
Domestica		4	4
Enfermeira		1	1
Costureira		3	3
Empregada têxtil			
Motorista	1		1
Auxiliar de acção educativa		1	1
Industrial	1		1
Total	7	16	23

No que diz respeito à última profissão exercida pelos idosos podemos referir que as mais exercidas foram: marceneiro/maquinista, empregada de limpeza/empregada doméstica e doméstica. Apenas uma idosa possui uma profissão com maior habilitação literária, sendo esta de enfermeira.



Com que idade deixou de trabalhar			
	Masculino	Feminino	Total
Nunca trabalharam	0	2	2
46	0	1	1
55	0	1	1
58	0	1	1
59	0	1	1
61	0	1	1
62	2	1	3
63	2	2	4
64	0	1	1
65	2	4	6
70	0	1	1
72	1	0	1
Total	7	14	21
Média			62,50%

É ainda de referir que a média da idade em que deixaram de trabalhar é de 62,5 anos e apenas dois dos idosos nunca trabalharam. É de referir que deixaram de trabalhar cedo uma vez que a idade da reforma é aos 65 anos.

Em relação à habitação do idoso, esta acaba por tornar-se o espaço mais requisitado para as actividades que se desenvolvem no período da pós reforma e nas quais se gasta o tempo maior do resto da vida, para não falar do seu valor simbólico na constituição da identidade social do ser humano. A forma social que a habitação assume é, por outro lado, um elemento de importância fulcral no conjunto de factores que propiciam, impedem ou dificultam processos de vulnerabilidade social, afectiva ou, mesmo, física (Long, 1990 cit. in Esteves, 1995).

Remetendo para a população, as casas dos idosos inquiridos são maioritariamente casas próprias, exceptuando três idosos do estudo que possuem casas arrendadas. É ainda de referir que apenas dois dos idosos vivem com os filhos. Relativamente às condições habitacionais podemos referir que dos 15 itens seleccionados em média os idosos preenchem 11 itens. Sendo os itens os seguintes:



água canalizada, luz, rede de esgotos, gás, aquecimento, fogão, frigorífico, esquentador, máquina de lavar roupa e loiça, micro-ondas, rádio, televisão, vídeo/DVD, telefone/telemóvel.

Quanto à saúde, esta revela-se como uma das maiores preocupações dos idosos. A saúde encontra-se intimamente ligada à longevidade. Efectivamente, o aumento da longevidade vem potenciar a possibilidade de deterioração do estado de saúde com dificuldades acrescidas pelo aumento do número de casos, por um lado e a insuficiência de ajudas disponíveis, sejam elas formais ou informais (Fernandes, 2004).

Problemas de Saúde dos idosos	
	Total
Respiratórios	8
Auditivos	4
Sistema Nervoso	5
Hipertensão	10
Diabetes	7
Reumáticos	10
Cardíacos	5
Visão	6
Urinários	1
Intestinais	2
Depressivos	2
VIH/Sida	0
Doenças infecto-contagiosas	0
Doenças cancerígenas	0
Outros	3

A problemática da saúde (física e mental) nos idosos, real e percebida, é um aspecto fundamental quando se efectua uma análise sobre as condições psicológicas do envelhecimento. A referência a problemas de saúde é uma constante, surgindo claramente no topo das preocupações dos idosos (Fonseca, 2006). Relacionando com a população do nosso estudo verifica-se que a totalidade dos idosos sofrem de algum



problema de saúde, quando não possuem vários. Sendo eles os seguintes: respiratórios, hipertensão, diabetes, reumáticos.

Relativamente ao nível cognitivo podemos referir que a totalidade dos idosos apresentam um bom nível cognitivo. Quanto à orientação temporal e no espaço foram efectuadas as seguintes questões: em que ano estamos; em que dia do mês estamos; em que mês estamos; em que dia da semana estamos; em que estação do ano estamos; em que país estamos; em que distrito vive; em que terra vive; em que casa estamos; e em que andar estamos. Podemos referir que todos os idosos responderam correctamente às questões colocadas. Ao nível do cálculo a situação altera-se um pouco. Foi colocada a seguinte questão aos utentes: agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3. Depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete o processo até eu lhe dizer para parar. Dos 23 idosos, 15 acertaram na totalidade dos cálculos; 4 acertaram em 4 cálculos; 2 acertaram em 3 cálculos; e 2 não acertaram em nenhum cálculo, uma vez que uma é analfabeta e outra possui uma doença mental.

A capacidade física e funcional é avaliada através das actividades corporais, sensoriais, locomotoras, mentais e outro tipo de actividades. Quanto às actividades corporais os idosos apresentam um nível normal nas seguintes actividades: alimentação, higiene pessoal, usar banheira ou poliban, vestir-se e eliminação. Relativamente às actividades sensoriais, ao nível da fala os idosos apresentam uma expressão verbal perfeita/correcta; ao nível da visão 9 dos 23 idosos apresentam uma má visão; e ao nível da audição 5 dos 23 idosos apresentam uma má audição.

No que se refere às actividades locomotoras todos os idosos efectuam normalmente as seguintes actividades: deslocação no exterior, trabalho domestico, refeições e ir às compras. Excepto um idoso que necessita de ajuda técnica na deslocação no exterior.

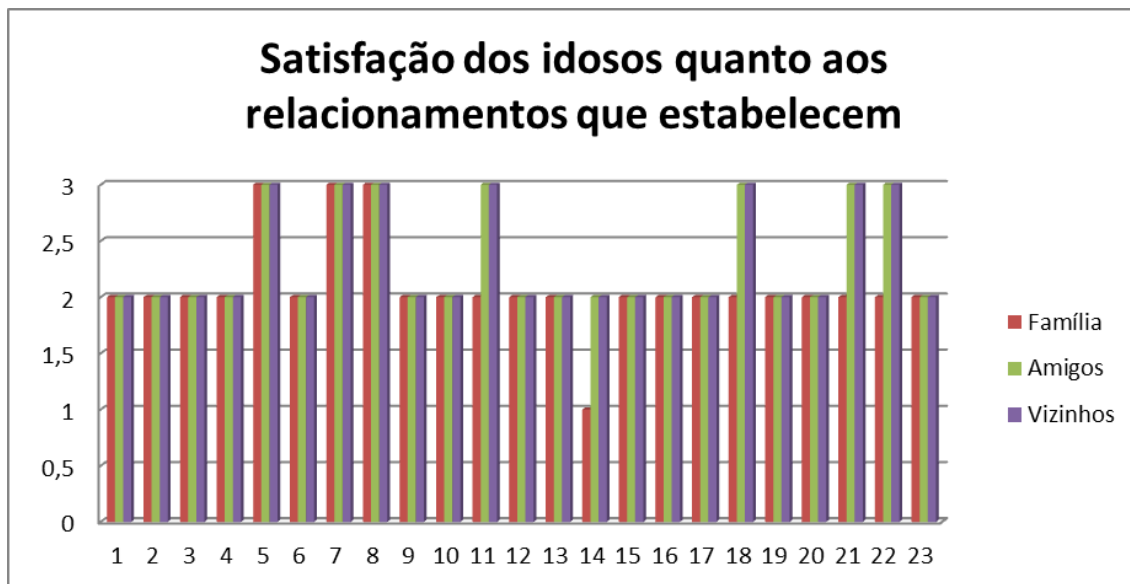
Quanto às actividades mentais ao nível do comportamento e do humor todos os idosos apresentam um estado normal. Ao nível da memória 4 idosos referem que está normal e 19 idosos referem que têm esquecimentos mais ou menos frequentes.

Por último nas outras actividades, como administrar dinheiro e tomar medicamentos, todos os idosos efectuam essas actividades sem ajuda, excepto um idoso devido à doença mental.

No que concerne aos relacionamentos perguntamos aos idosos “qual a satisfação que possui quanto aos relacionamentos que estabelece com os familiares, amigos e



vizinhos? A tabela elaborada (ver anexo 5) dá-nos uma leitura da média que cada idoso tem quanto à satisfação com os três itens. Mostra-nos ainda a média dos 23 idosos para a cada item. A escala que utilizamos foi tipo Likert, sendo que o 1 refere-se à classificação de insuficiente, o 2 à classificação de satisfeito e o número 3 à classificação de muito satisfeito.



Chegamos à seguinte conclusão: que a maioria dos idosos está satisfeito com os relacionamentos que estabelece com a família, amigos e vizinhos. Contudo pudemos observar na tabela que os idosos estão mais satisfeitos com os amigos e vizinhos do que com a família. Pudemos ainda referir que cerca de 15 idosos se sentem satisfeitos na totalidade com a família, amigos e vizinhos. Observamos ainda, que apenas um dos idosos se mostrou pouco satisfeito com a família e satisfeito com os amigos e vizinhos.

Uma das razões para que os utentes estejam apenas satisfeitos com o relacionamento que estabelecem com a família, amigos e vizinhos é por estes já terem perdido alguns dos familiares e por terem diminuído a sua rede de amigos.

Na última parte do inquérito procuramos conhecer as representações dos idosos sobre o envelhecimento, como as pessoas da família vêem as pessoas idosas, o seu projecto de vida, as suas necessidades e expectativas relativamente aos serviços e colaboradores da resposta social.

No que concerne às representações dos utentes têm sobre o envelhecimento, fizemos a seguinte questão: “para si o que é ser uma pessoa idosa?”. Pudemos referir que estes têm uma visão negativa do que é ser uma pessoa idosa, uma vez que no seu discurso estes associam a pessoa idosa ao enfraquecimento, ao necessitar de ajuda, à



perda de autonomia e de capacidades, como vemos nos seguintes excertos as palavras a negrito:

*“É um ser humano como eu. Só com a diferença de já **não ter forças** necessárias para a sua mobilidade e por vezes **precisa de ajuda** dos outros (inq.5)”*

*“Pessoa que **já viveu muito**, uma parte mais avançada na idade, uma pessoa mais sabia que já passou por tudo (inq.8)”*

*“É uma pessoa que embora com os seus conhecimentos adquiridos ao longo da vida com a idade vai-se **desmotivando e enfraquecendo** (inq.9)”*

*“É uma pessoa que temos que **auxiliar** naquilo que pudermos, porque vamos para lá (inq.16)”*

Estas palavras que os utentes referiram vão ao encontro com a definição de envelhecimento de Ribeiro e Paúl. Estes definem-no como um processo ou conjunto de processos, inerentes a todos os seres vivos e que se expressa pela perda da capacidade de adaptação e pela diminuição da funcionalidade, estando assim associado a inúmeras alterações com repercussões na mobilidade, autonomia e saúde desta população.

Para além disso, eles não se consideram como idosos, mesmo sendo estas as características habituais do fenómeno do envelhecimento. Apesar de já serem praticamente todos reformados, para eles isso não é um marcador da entrada o envelhecimento, como pudemos ver nas seguintes passagens:

*“É uma pessoa que temos que **auxiliar** naquilo que pudermos, **porque vamos para lá** (inq.16)”*

*“**Já têm uma certa idade**. Depende de como a pessoa evoluiu. **Se evoluiu pode não se considerar velho** (inq.23)”*

No que se refere à percepção que os utentes têm em relação à opinião que os seus familiares ou pessoas mais próximas fizemos a seguinte questão: “Como acha que os seus familiares ou pessoas próximas vêem a pessoa idosa?”. Do que nos foi possível verificar nas respostas existem posições contraditórias que vão no sentido de não saberem o que eles pensam ou terem a mesma opinião que os utentes. Apenas 8 dos 23 utentes referiram a opinião dos seus familiares ou pessoas mais próximas.

“Vêem as pessoas como eu vejo (inq.8)”

“Que é um peso para a família (inq.12)”

“Não vêem as pessoas como velhas e inúteis (inq.23)”

“Vêem com respeito e ternura (inq.21)”



Quanto ao seu projecto de vida, efectuamos a seguinte questão: “Actualmente, qual é o seu projecto de vida? Após analisarmos as respostas concluímos que a maioria dos utentes não tem projecto de vida definido. E os que mencionaram ter projecto de vida, estes vão ao encontro de ter saúde, viver a vida e trabalhar no campo.

“Ir vivendo um dia atrás do outro (inq.4)”

“Não tenho objectivo de vida (inq.7)”

“Aprender coisas novas (inq.18)”

“Ir vivendo um dia de cada vez, pensando um bocado no futuro (inq. 13)”

“Poder trabalhar e passar o tempo no centro de convívio (inq.2)”

“Ter saúde e vivo um dia de cada vez (inq.22)”

Dá termos um papel preponderante na estimulação e motivação do idoso, para estes se tornarem pró activo no seu projecto de vida. Podemos verificar isso através do plano de actividades que foi alterado tendo em conta a opinião dos utentes. Fomos inserindo as actividades que eles mais queriam realizar. Desde que o Centro de Convívio foi inaugurado verificamos que houve uma modificação no comportamento e opinião dos utentes.

Relativamente às necessidades dos utentes a maioria referiu não ter necessidades e apenas 9 dos 23 idosos mencionou ter alguma necessidade. As necessidades referidas vão ao encontro de ter saúde e ter mais condições financeiras.

“Não tenho necessidades (inq.23)”

“Saúde, Paciência. Aprender a ler e a escrever (inq.19)”

“Financeiros, reforma pequena (inq.15)”

“Medicação não é participada (inq.22)”

A saúde revela-se como uma das maiores preocupações dos idosos. A saúde encontra-se intimamente ligada à longevidade. Efectivamente, o aumento da longevidade vem potenciar a possibilidade de deterioração do estado de saúde com dificuldades acrescidas pelo aumento do número de casos, por um lado e a insuficiência de ajudas disponíveis, sejam elas formais ou informais (Fernandes, 2004).

No que se refere ao que os utentes esperam dos serviços do Centro de convívio, perguntamos “o que esperam dos serviços do centro de convívio? Como acham que os serviços oferecidos podem contribuir para o seu projecto de vida, assim como para satisfazer as suas necessidades? Aferimos que os utentes mudaram de opinião desde que entraram para o centro de convívio, uma vez que no início tinham uma opinião muito



negativa acerca disso. Para além disso, esperam continuar a frequentar o Centro de convívio pois foi uma mais-valia tanto a nível psicológico como a nível afectivo e físico.

“Espero que não acabe, ajuda a passar melhor o tempo (inq.2)”

“Bom lugar para conviver com todas as pessoas e ajuda a viver com mais qualidade de vida, e assim se vive melhor com a ajuda das colaboradoras do centro (inq.5)”

*“Espero continuar bem aqui, tenho **aprendido muito**. Estou muito satisfeita (inq.7)”*

*“Espero que continue como estamos, **superou as minhas expectativas** (inq.21)”*

“Ajuda a passar o tempo disponível e aprender algo, como diz o ditado aprendemos até morrer e morremos sem saber (inq.9)”

O último ponto das representações refere-se às expectativas que os utentes têm em relação aos colaboradores do Centro de convívio. Do que nos foi possível aferir através das respostas dadas, os utentes têm uma opinião positiva acerca dos colaboradores.

*“Que continuem a ser como foram até agora. **Todos têm sido formidáveis** em todos os níveis (inq.21)”*

*“**Não precisa de mais**. Atenção que procuram dar é boa (inq.14)”*

*“**Espero que continuem** o que são e que continuem a **ajudar-nos** (inq.15)”*

“Tudo bom. Não fazem mais se não puderem (inq.3)”

*“**Não vem ninguém melhor do que os que cá estão. São os melhores** (inq.4)”*



5.2 Plano de actividades

Ao longo da execução do nosso projecto de investigação/ intervenção realizamos um conjunto de actividades com o intuito de prevenir o isolamento e o envelhecimento de forma a promover o envelhecimento activo e bem-sucedido.

Todas as actividades foram discutidas e decididas com todos os utentes e representante da instituição. Todavia, convém salientar que antes de tomarmos qualquer decisão auscultamos as sugestões, os gostos e as necessidades de desenvolvimento dos utentes, uma vez que estas actividades têm como principal finalidade prevenir o isolamento e o envelhecimento. Para além disso, o plano de actividades é reformulado pelo menos uma vez por ano, mas como aconteceu no centro de convívio, o plano de actividades era alterado sempre que uma actividade deixava de fazer sentido para os utentes e eles davam a sugestão de outra actividade.

Assim, as actividades seleccionadas são as seguintes: Hidroginástica, Ginástica, STEP, trabalhos manuais, apoio de um psicólogo, informática, boccia, cuidados de saúde e de imagem, comemoração dos aniversários, participação em feiras de artesanato, vários convidados e comemoração de datas festivas.

No quadro seguinte exemplifico o plano de actividades actual do centro de convívio, para perceberem como é ocupado as tardes dos utentes.



Actividades	Objectivos	Metodologia	Recursos
Segunda			
- Trabalhos Manuais - Neuropsicóloga Vânia - Convidados - Lanche - Informática - Jogos	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar outras aprendizagens; • Proporcionar novos saberes; • Fomentar o interesse pelos novos meios de comunicação; 	- Preparar a sala de trabalhos manuais. - Preparar a sala para a neuropsicóloga. - A seguir ao lanche, preparar a sala de informática e escolher os jogos que querem efectuar.	Recursos humanos: idosos, animadora, voluntária, neuropsicóloga. Recursos materiais: material para os trabalhos manuais, sala cadeiras, quadro, computadores, jogos.
terça			
- Hidroginástica - Lanche - Informática - Jogos	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar o interesse pelos novos meios de comunicação; • Prevenção da imobilidade e dos seus efeitos nefastos para a saúde; • Aumentar a qualidade de vida; • Fomentar a relação e o convívio entre os idosos; 	- Deslocação dos idosos às piscinas municipais para realizarem a actividade hidroginástica. - A seguir ao lanche preparar a sala para realizar os trabalhos manuais. E preparar a sala de informática	Recursos humanos: idosos; voluntária; animadora; Recursos materiais: jogos, computadores, sala;
quarta			
- Ginástica - Lanche - Psicólogo - Trabalhos Manuais	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a mobilidade física; • Prevenir e/ou adiar o aparecimento de problemas bio-psico-sociais; • Aumentar a qualidade de vida; • Aumentar o bem-estar psicológico; • Estimular a saúde mental; 	- Preparar o lugar onde se irá efectuar a aula de ginástica;	Recursos humanos: idosos, professor de ginástica, animadora, voluntaria, psicólogo. Recursos materiais: material de ginástica, sala, cadeiras, quadro, material para os trabalhos manuais.
quinta			
- Boccia - Lanche - STEP	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenção da imobilidade e dos seus efeitos nefastos para a saúde; • Aumentar a qualidade de vida; • Fomentar a relação e o convívio entre os idosos; 	- Deslocação dos idosos ao pavilhão para realizar o desporto. - A seguir ao lanche preparar o material necessário para a realização do STEP.	Recursos humanos: idosos; voluntária; Recursos materiais: autocarro, steps, leitor de cd;
Sexta			
- Hidroginástica - Lanche - Cuidados de imagem - Cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenção da imobilidade e dos seus efeitos nefastos para a saúde; • Aumentar a qualidade de vida; • Aumentar a auto-estima; 	- Deslocação dos idosos às piscinas municipais para realizarem a actividade hidroginástica. - A seguir ao lanche, a enfermeira irá efectuar os cuidados de saúde.	Recursos humanos: enfermeira, idosos, animadora, voluntaria. Recursos materiais: material para os cuidados de saúde e de imagem.



5.2.1 Reflexão em torno das actividades desenvolvidas

Como referimos no enquadramento teórico, a prática adequada de desporto, o bem-estar psíquico e intelectual, a realização de jogos, a manutenção de actividades dentro e fora de casa e a participação em tarefas de grupo ou eventos de associativismo são fundamentais ao envelhecimento activo e saudável (Marques, 2011). Como pudemos ver no plano de actividades sugerido pelos utentes, este desenvolve e fomenta o potencial físico, social e mental que ao longo da vida os utentes foram perdendo.

Relativamente às actividades Hidroginástica, Ginástica, STEP e Boccia tiveram como objectivos: fomentar a relação e o convívio entre os idosos, prevenção da imobilidade e dos seus efeitos nefastos para a saúde, promover a mobilidade física e aumentar a qualidade de vida.

Esta actividade permitiu, sobretudo, proporcionar dias diferentes aos utentes do centro de convívio praticando actividades desportivas que não fazem parte do seu dia-a-dia, sendo estas escolhidas por eles. O facto destas actividades serem do seu gosto permite-lhes aumentar a motivação, estimulando a sua auto-estima.

Segundo Araújo (2011), a actividade física contribui para um envelhecimento com qualidade e activo. Se por um lado, a prática de actividade física está intimamente ligada a um envelhecimento saudável, é na inactividade que está a origem de muitas patologias, sobretudo aquelas normalmente associadas ao processo de envelhecimento.

Uma outra actividade realizada foi o apoio de um/a psicólogo/a. Este apoio foi desenvolvido em três projectos de intervenção psicológica, a saber, um programa de estimulação cognitiva, um programa de competências sociais e um programa de psicoterapia positiva.

O primeiro visou sensibilizar para a perda de memória e de outras competências cognitivas que se agrava com o avanço da idade, bem como informar sobre as patologias associadas, nomeadamente a Doença de Alzheimer. Com este programa pretendeu-se também consciencializar os utentes sobre a necessidade de “treinar o cérebro” e os seus benefícios a longo prazo, sendo desenvolvidos jogos e actividades de estimulação cognitiva que visaram melhorar as competências dos utentes bem como motivá-los para a prática continuada de tais actividades.

O segundo programa foi implementado com o objectivo de auxiliar a adaptação dos utentes a um novo contexto social (o centro de convívio), onde a convivência diária viria a exigir uma readaptação dos esquemas de relacionamento social previamente



adquiridos. Sendo assim, pretendeu-se promover o desenvolvimento/melhoria das suas capacidades de relacionamento interpessoal através de dinâmicas grupais baseadas em três linhas essenciais: a comunicação interpessoal; o treino assertivo; e a resolução de problemas.

Por fim, a psicoterapia positiva teve como principais objectivos aumentar o bem-estar psicológico e emocional dos utentes, promover competências para lidar positivamente com as adversidades da vida, adoptar uma visão mais optimista de si, dos outros e do mundo, melhorar a auto-estima, promover o envolvimento em actividades com significado para o próprio e estimular a saúde mental através da indução de emoções positivas.

Importa ainda salientar que todos os programas foram desenvolvidos com frequência semanal, tendo cada sessão cerca de 50 minutos de duração. Os resultados obtidos foram satisfatórios, uma vez que os utentes se mostraram motivados e envolvidos ao longo de todo o período de intervenção, demonstrando também ter adquirido e praticado as competências treinadas nas sessões. Todos os programas foram desenvolvidos com a finalidade de dotar os utentes de competências úteis ao seu quotidiano e para que os ensinamentos e técnicas aprendidas sejam aplicadas ao longo do seu percurso de vida.

Segundo Azevedo e teles (2011), um dos principais receios associados ao envelhecimento está relacionado com a diminuição da memória e do funcionamento cognitivo. Deve-se dedicar diariamente alguns minutos ao treino cognitivo pois pode ser o suficiente para manter a mente activa, o que é essencial apostar na prevenção e começar desde logo a promover o envelhecimento activo.

Quanto aos cuidados de saúde e de imagem estes tinham como principais objectivos: aumentar os níveis de auto-estima e de confiança dos utentes, controlar os diabetes e tensão arterial e aumentar a qualidade de vida. Pudemos concluir que esta actividade cumpriu com os objectivos previamente delineados.

Estas actividades permitiram desenvolver o interesse pela saúde e pela auto-estima. Os utentes, principalmente as utentes, começaram a interessarem-se mais pela sua imagem o que potencia o aumento da auto-estima e da confiança em si mesmas.

A informática teve os seguintes objectivos: fomentar o interesse pelos novos meios de comunicação e proporcionar novas aprendizagens. Concluímos que esta actividade cumpriu com os objectivos previamente estabelecidos.



De início poucos utentes se interessaram pela informática. Com o passar do tempo ficaram mais interessados pois ouviram bons comentários dos que frequentavam as aulas e é um meio de comunicação que lhes pode ser muito útil, uma vez que alguns têm filhos e netos a trabalharem fora do país. Para além disso, hoje em dia tudo está mais informatizado, como por exemplo: marcar uma consulta no centro de saúde, pagar os impostos, entre outros. Podemos referir que muitos deles já trabalham muito bem com os computadores, pode-se mesmo dizer que é um dos “vícios” deles.

Os trabalhos manuais tinham como objectivos: proporcionar novas aprendizagens, fomentar o interesse por outro tipo de trabalhos e promover a mobilidade física e mental.

Os utentes mostraram-se muito interessados em conhecerem e aprenderem novas formas de fazerem objectos com materiais recicláveis. Hoje em dia, são eles a pedirem que lhes ensinem como se fazem certos objectos que viram na internet ou até mesmo em feiras de artesanato.

A participação em feiras de artesanato tinha como objectivos vender os trabalhos manuais realizados pelos utentes, aumentar a motivação e a auto-estima dos utentes e fomentar o convívio com outras pessoas.

Participamos em várias feiras de artesanato, em que os utentes do centro de convívio estavam responsáveis pela barraca a vender os produtos que faziam nos trabalhos manuais. É uma mais-valia uma vez que os motiva e faz com que desenvolvam várias capacidades que podem estar adormecidas com o passar dos anos.

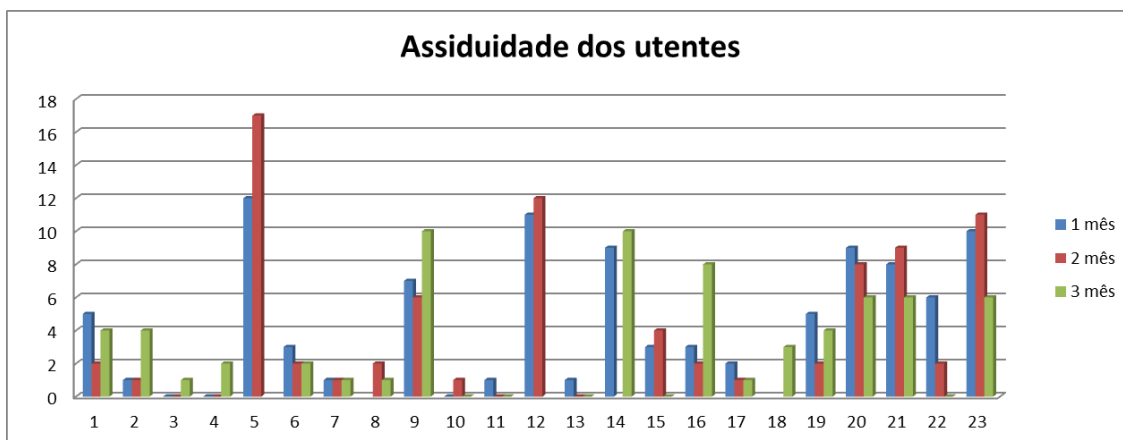
Colocamos ainda, um dia livre para convidarmos diferentes indivíduos/entidades de diversas áreas, como por exemplo: Padre João de Deus, Dr. Franklin (médico), Escola de esteticistas, Tuna Sénior, GNR, Cruz Vermelha, Letícia (trabalhos manuais) entre outros. Esta actividade teve como objectivos: aumentar os conhecimentos dos utentes em diversas áreas, proporcionar novas aprendizagens e fomentar o convívio com outras pessoas.

Os utentes mostram-se muito interessados em apreenderem novos conhecimentos e sugerem novas áreas que gostavam de aprofundar.

E por último a comemoração dos aniversários e das datas festivas. Estas tiveram como objectivos proporcionar o convívio entre os utentes e modificar a ideia de que já não precisam de comemorar os aniversários.



Um outro dado muito importante de analisar é a assiduidade dos utentes do centro de convívio e quais as actividades mais frequentadas.



Após analisar o registo de presenças (ver anexo 6) pudemos observar que existem utentes que nunca faltaram a não ser por problemas de saúde e existem outros que só frequentam determinadas actividades, como pudemos observar na tabela acima. Os primeiros frequentam o centro de convívio para conviver, passar o tempo e divertir-se independentemente das actividades. Enquanto que os segundos procuram actividades específicas como a psicóloga, hidroginástica e ginástica.

No anexo 7, tem um quadro com as actividades todas que efectuamos nos primeiros três meses. Durante esses meses visualizamos que as actividades começam a ser frequentadas por mais utentes, o que quer dizer que estas actividades vão ao encontro das necessidades e gostos dos utentes. Para além disso, pudemos ver que as actividades que mais interessam aos utentes são as actividades desportivas e as actividades ligadas à saúde. No seguinte quadro pudemos ver as actividades mais frequentadas pelos idosos.

Actividades mais frequentadas		
1 Mês	2 Mês	3 Mês
Hidroginástica	Hidroginástica	Hidroginástica
Trabalhos manuais	Jogos	Psicóloga
Jogos	Trabalhos manuais	Jogos
Cuidados de saúde	Cuidados se saúde e imagem	Cuidados de imagem e saúde
Informática	Ginástica	Ginástica



Pudemos concluir que o envelhecimento não é todo igual depende do idoso e da sua história de vida (REAPN, 2009), como pudemos comprovar no nosso estudo. Existe dois grupos de utentes, o primeiro que frequenta o centro de convívio para conviver e não passar o tempo sozinho em casa. E o segundo, preocupa-se em satisfazer os seus gostos e as suas necessidades.

A nossa participação enquanto estagiárias de Gerontologia Social nestas actividades teve como objectivo primordial fomentar a participação mais activa dos utentes do centro de convívio, na procura de soluções adequadas às necessidades específicas desta população, no sentido de implementar alterações quer ao nível pessoal mas também no meio social envolvente que contribuam como elementos facilitadores de um envelhecimento activo e bem-sucedido. Estas actividades permitiram ainda, trabalhar o empowerment destes utentes, aumentando assim a sua auto-estima bem como a sua autonomia, uma vez que eram estes que tomavam a iniciativa, orientavam e tomavam as decisões relativamente à actividade.

Em suma, o conjunto de todas as actividades realizadas permitiu que os utentes do centro de convívio ficassem com a percepção que nos preocupamos com eles, que estamos interessadas em interagir com eles, ajudá-los no seu processo de envelhecimento. Tudo isto irá proporcionar um envelhecimento mais saudável, mais agradável e minimizar, ainda que em parte, algumas circunstâncias pessoais.



6. Reflexão final

Perante o findar do nosso estágio, o qual este relatório dá conta, impõem-se uma reflexão crítica acerca de todo o seu processo, ao longo destas quinze semanas.

Assim, o estágio curricular é um espaço privilegiado de aproximação inicial ao mundo do trabalho, na observação directa e desenvolvimento de habilidades no campo profissional, a vivência do estágio, traz para o aluno, conhecimentos de aspectos que auxiliam a tomada de decisão no processo de vir a ser um profissional, bem como auxilia o estabelecimento de relações entre o saber organizado, adquiridos pela Universidade, e o saber reconstruído pela prática profissional, valorizando também a construção de posturas conscienciosas, críticas e éticas.

Ao longo da nossa formação académica fomos adquirindo contributos teóricos que nos enriqueceram e sustentaram o nosso conhecimento. Assim, nesta perspectiva temos oportunidade através do estágio curricular de articular fundamentalmente a teoria e aplicá-la eficazmente em termos de terreno, a chamada prática.

Neste sentido, destacamos desde já a etapa de observação, salientando que esta etapa foi fundamental, uma vez que este foi o nosso primeiro contacto com a realidade e não estávamos preparadas para o fazer de outra forma. Além disso para se intervir de forma eficaz, torna-se imperativo conhecer, para então intervir. É ainda de realçar que, adquirimos formação e conhecimento sobre a realidade escolar, permitindo-nos ainda uma aproximação à instituição que, contribuiu para a delimitação do nosso objecto de estudo.

Desta forma, temos presente que só é possível uma boa prática, um bom desempenho profissional voltado para o sucesso, quando aplicamos positivamente os conhecimentos adquiridos, ou seja, não podemos agir sem conhecer a realidade envolvente.

Após esta primeira etapa que teve um carácter implicadamente teórico e empírico, o estágio está mais vocacionado para a intervenção. Neste sentido, procedemos à implementação do nosso projecto de investigação/intervenção.

Assim, a realização deste trabalho constituiu um desafio extremamente enriquecedor, para o nosso processo académico em Gerontologia Social, dado que nos permitiu participar activamente em actividades que de futuro serão a base do nosso



trabalho e possibilitou-nos, também, trabalhar situações/problemas que se encontram prementes.

Neste sentido, hodiernamente mais do que nunca é tempo para que os profissionais da relação se comprometam com estratégias pró-activas, apostando no carácter preventivo. Assim, a capacidade crítica/reflexiva do Gerontólogo Social, define-se como sendo o verdadeiro desafio da profissão. O que também chamamos de um profissional propositivo e não só executivo trabalhando numa lógica com o sujeito e não para o sujeito.

Desta forma, torna-se pertinente “chamar” as pessoas a participarem no seu desenvolvimento, capacitando-as do papel que podem assumir em sociedade, com o intuito de consciencializá-las para o seu processo de emancipação.

Pudemos afirmar, sem sombra de dúvida, que esta experiência nos fez crescer em muitos aspectos, nos fez amadurecer, e nos fez questionar a realidade, nós próprios, e a prática profissional.

Seguidamente elencamos as principais conclusões obtidas com a realização deste projecto de investigação/intervenção.

Primeiramente destacamos o facto deste projecto impulsionar uma maior consciencialização para esta realidade na comunidade, apesar da instituição já evidenciar preocupação com os idosos. Contudo, constatamos que a instituição desejava que alguém desse o primeiro passo, sendo indispensável a elaboração de um projecto com estes moldes.

Destacamos ainda, o empowerment, estratégia de mediação, que foi utilizada na maioria das actividades. Esta estratégia proporcionou um aumento da auto-estima e da autonomia destes utentes, uma vez que estas estavam implicadas nas actividades tendo a oportunidade de mostrar as suas competências e acima de tudo obter consciência que a sua opinião é valiosa. Para além disso, as actividades desenvolvidas facultaram uma maior percepção de si e do outro. Neste sentido, os utentes aperceberam-se que existem mais pessoas preocupadas e interessadas em interagir com elas, em ajudá-las no seu processo de envelhecimento, permitindo que seja mais saudável e agradável.

Contudo, não podemos esquecer a relação de proximidade que foi criada com os utentes do centro de convívio, foi muito enriquecedor privar com idosos tão distintos mas que no fundo têm algo em comum.



Para além disso, pudemos referir que o objectivo geral do projecto foi alcançado. Desta forma conseguimos prevenir o isolamento e o envelhecimento de forma a promover o envelhecimento activo e bem-sucedido, uma vez que houve mudança no comportamento dos idosos.

Após um ano da inauguração do centro de convívio é de referir as seguintes mudanças nos utentes: estão mais autónomos, mais capazes de resolverem os seus próprios problemas, mais comunicativos e participativos nas actividades efectuadas no centro de convívio, mais confiantes em si próprios e nas suas capacidades.

O centro de convívio veio introduzir alterações no quotidiano dos idosos, permitindo que permaneçam activamente envolvidos, que definam objectivos e criem expectativas que procuram concretizar, concorrendo para que se sintam úteis e assim o isolamento social se dissipem.

Os sentimentos negativos surgem com menor frequência e a solidão já não tem a mesma dimensão. A vida ganha nova dinâmica e os desejos e aspirações voltam a fazer sentido.

Por tudo isto que foi mencionado, consideramos pertinente e obrigatório sugerir à Instituição a continuação deste projecto, até porque o seu findar significa um passo atrás no trabalho que foi feito em prol de prevenir o isolamento e o envelhecimento.



Bibliografia

- ALBARELLO, L. *et. al* (2005), *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa: Gradiva – Publicações Lda.
- AMADO, J. (2001), *Interacção Pedagógica e Indisciplina na Aula*, Porto: Edições ASA.
- CARMO, H. e FERREIRA, M. (1998), *Metodologia de Investigação – Guia para auto-aprendizagem*, Lisboa: Universidade Aberta.
- CORREIA, J. (2003), *Introdução à Gerontologia*, Universidade Aberta.
- COSTA, A. F. (2002), “A pesquisa de terreno em Sociologia”, *in*, *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto: Edições Afrontamento, pp. 129 – 148.
- ESTEVES, A. (1995), *Jovens e Idosos: Família, Escola e Trabalho*, Porto, Edições Afrontamento.
- FERNANDES, M. *et al* (2004), *O Sentido das idades da vida: Interrogar a solidão e a dependência*, Lisboa, CESDET.
- FONSECA, A. (2006), *O Envelhecimento, uma abordagem psicológica*, Lisboa, Universidade Católica.
- FORTIN, M. F. (2000), *O Processo de investigação: da concepção à realização*, Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
- GUERRA, I. (2006), *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção – O Planeamento em Ciências Sociais*, Cascais: Principia.
- LESSARD-HÉRBERT M., GOYETTE, G. e BOUTIN G. (2005), *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*, Lisboa: Instituto Piaget.
- PAÚL, M. (1997), *Lá para o fim da vida*, Idosos, família e meio ambiente, Coimbra, Livraria Almedina.
- QUIVY, R., CAMPENHOUDT, L. V., (1998), *Manual de investigação em ciências sociais*, Lisboa: Gradiva Publicações.



- RIBEIRO, Óscar e PAÚL, Maria Constança (2012), *Manual de gerontologia: aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*, Editor Lidel.
- RUBIO, M. J. e VARAS, J. (2004), *El análisis de la realidad en la intervención social: Métodos y Técnicas de investigación*, Madrid: Editorial CCS.
- RUIVO, Regina Arieira (2011), *Percepção de solidão e qualidade de vida em idosos não institucionalizados*, tese de mestrado.

Recursos electrónicos

- www.sobrosa.pt.



Anexos

Anexo 1: Inquérito à população.....	62
Anexo 2: Inquérito por questionário.....	63
Anexo 3: Tratamento de dados (excel).....	71
Anexo 4: Tratamento de dados (análise conteúdo)	74
Anexo 5: Satisfação dos idosos quanto aos relacionamentos.....	80
Anexo 6: Assiduidade dos utentes.....	81
Anexo 7: Tabelas da frequência dos utentes nas actividades durante os três meses.....	82



Anexo 1: Inquérito à população

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Morada: _____

Telefone/Telemóvel: _____

Última profissão: _____

Já frequentou algum Centro de Convívio: _____

Está interessado em frequentar: _____

Actividades que mais gosta de fazer: _____

Vive sozinho (assinale com uma cruz): Sim _____

 Não _____



Anexo 2: Inquérito por questionário



Obra de Assistência Social da Freguesia de Sobrosa

IPSS fundada em 27/10/1945

Centro de Convívio

Ficha de Avaliação Diagnóstica

Dados recolhidos na entrevista directa ao cliente

1. Dados de identificação do cliente

Nome: _____

Nome porque quer ser tratado: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Anos

Morada: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Nacionalidade: _____

Indique o seu grau de escolaridade mais elevado:			
Não sabe ler nem escrever		Ensino Técnico profissional	
Sabe ler e escrever		Licenciatura	
Ensino Básico (ensino primário)		Pós-graduação	
Ensino Preparatório		Mestrado	
Ensino Secundário		Doutoramento	

Indique qual foi a sua última profissão: _____

Com que idade deixou de trabalhar: _____



2. Contexto Habitacional

Há quantos anos vive no seu local de residência: _____

Regime habitacional		Condições habitacionais			
Casa própria		Água canalizada		Fogão	
Casa arrendada		Luz		Frigorífico	
Casa cedida		Rede de esgotos		Esquentador	
Casa partilhada		Gás		Maq. lavar roupa	
Outra situação		Aquecimento		Maq. lavar loiça	
				Micro-ondas	
				Rádio	
				TV	
				Video/DVD	
				Telefone/telemovel	

Possui algum animal de estimação?

Sim _____ Qual? _____

Não _____ Gostaria de ter?

Sim _____ Qual? _____

Não _____

3. Saúde

Problemas de Saúde				
Respiratórios		Intestinais		Outros: _____ Quais? _____ _____ _____ _____ _____ _____
Urinários		Doenças infecto-contagiosas		
Reumáticos		Doenças cancerígenas		
Cardíacos		Sistema nervoso		
Hipertensão		Depressivos		
HIV/Sida		Auditivos		
Diabetes		Visão		

4. Nível Cognitivo

Orientação Temporal	
Em que ano estamos?	
Em que dia do mês estamos?	
Em que mês estamos?	
Em que dia da semana estamos?	
Em que estação do ano estamos?	



Orientação no Espaço	
Em que país estamos?	
Em que distrito vive?	
Em que terra vive?	
Em que casa estamos?	
Em que andar estamos?	

Atenção ao cálculo									
Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3. Depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete o processo até eu lhe dizer para parar.									
27		24		21		18		15	

O cliente:	
Tem boa verbalização	
Demonstra um discurso com lucidez	
Consegue exprimir necessidades	

5. Capacidade Física e Funcional

Gostaríamos de conhecer alguns dos elementos relativos à sua capacidade física e funcional. Considera que:

Actividades corporais	
Alimentação	
Alimenta-se normalmente	
Necessita parcialmente de auxílio ou de alimentação triturada	
Necessidade total de ajuda humana ou de alimentação artificial (sonda)	
Higiene pessoal	
Faz a sua higiene normalmente	
Necessita de ajuda parcial	
Necessita de ajuda total	
Usar banheira ou poliban	
Usa normalmente	
Necessita de ajuda parcial	
Necessita de ajuda total	
Vestir-se	
Não necessita de ajuda	
Necessita de ajuda parcial	
Necessita de ajuda total	
Eliminação	
Micção normal	
Defecção normal	
Incontinência urinária ocasional	
Incontinência fecal ocasional	
Incontinência urinária permanente	
Incontinência fecal permanente	



Actividades sensoriais	
Fala	
Expressão verbal perfeita/correcta	
Dificuldade em falar	
Visão	
Normal	
Má	
Muito Má ou cegueira	
Audição	
Normal	
Má	
Muito má	

Actividades Locomotoras	
Deslocação no exterior	
Efectua normalmente	
Necessita de ajuda humana ou técnica	
Necessita de uma cadeira de rodas	
Impossibilidade de deslocação	
Trabalho doméstico	
Faz normalmente	
Necessita de ajuda parcial ou de apoio	
Necessita de ajuda total	
Refeições	
Faz normalmente	
Necessita de ajuda parcial ou de apoio	
Necessita de ajuda total	
Ir às compras	
Faz normalmente	
Necessita de ajuda parcial ou de apoio	
Necessita de ajuda total	

Actividades Mentais	
Memória	
Normal	
Esquecimentos mais ou menos frequentes	
Esquecimentos muito frequentes	
Amnésia	



Comportamento	
Normal	
Perturbações minor: teimosia, lamentações, emotividade	
Perturbações major: agitação, desorientação, fuga	
Humor	
Normal	
Tristeza ou irritabilidade	
Apatia	
Agressividade	

Outras actividades	
Administrar dinheiro	
Sem ajuda	
Necessita de ajuda parcial ou de apoio	
Necessita de ajuda total	
Tomar medicamentos	
Sem ajuda	
Necessita de ajuda parcial ou de apoio	
Necessita de ajuda total	

6. Hábitos, Gostos/Interesses e Qualidade de Vida

Gostaríamos de conhecer alguns dos seus hábitos, gostos e interesses.

Por conseguinte, indique os hábitos, gostos/interesses para o conjunto das actividades tipo e variáveis que ir-se-á referir.

Qual a satisfação que possui quanto aos relacionamentos que estabelece? (assinale com uma X)					
Actores	1. Insatisfeito	2. Pouco satisfeito	3. Satisfeito	4. Muito Satisfeito	5. NR
Familiars					
Representante legal					
Amigos					
Vizinhos					
Outras pessoas? _____					



Actividades		Hábitos	Gostos e interesses
Tipo	Variáveis		
Refeições	<ul style="list-style-type: none"> • Horários • Espaço • Forma de servir 		
Cuidados pessoais e imagem	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de cuidados • Frequência 		
Compras no exterior	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência, por tipo de produtos • Com quem 		
Roupa	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência de lavagens • Passar a ferro • Produtos utilizados 		
Ocupação quotidiana do tempo	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades diárias que faz questão de fazer para ocupar o tempo • Onde e com quem • Frequência 		
Actividades lúdicas e/ou culturais	<ul style="list-style-type: none"> • De que tipo • Com quem • Onde • Frequência 		
Actividades desportivas	<ul style="list-style-type: none"> • De que tipo • Com quem • Onde • Frequência 		
Passear	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de passeio • Locais • Com quem • Frequência 		
Isolamento/ comunicação afectiva e social	<ul style="list-style-type: none"> • Com quem comunica? • Com quem sai? • Frequência 		
Mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Com quem sai? • Onde? • Frequência 		
Relação familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Com quem estabelece contactos? • De que tipo e onde? • Frequência 		



Procura-se conhecer as representações do cliente sobre o envelhecimento, o seu projecto de vida, as suas necessidades e expectativas relativamente aos serviços e colaboradores da resposta social.

Como acha que os seus familiares ou pessoas próximas vêem a pessoa idosa?

Actualmente, qual é o seu projecto de vida? (Ou actualmente, qual é o seu objectivo de vida? Actualmente, o que procura fazer no seu dia-a-dia?)

Quais são as suas necessidades?



O que espera dos serviços do Centro de Convívio? Como acha que os serviços oferecidos podem contribuir para o seu projecto de vida, assim como para satisfazer as suas necessidades?

Quais as expectativas em relação aos colaboradores do Centro de Convívio? (O que espera dos colaboradores do Centro de Convívio?)



Anexo 3: Tratamento dos dados (excel)

Inquéritos	Sexo	Idade	Estado civil	Nacionalidade	Escolaridade	Última profissão	idade deixou de trabalhar	quantos anos vive na sua residência	Regime habitacional	Condições habitacionais (15)	Problemas de saúde		
											Saúde 1	Saúde 2	Saúde 3
1	M	79	casado	Portuguesa	Ensino básico	Marceneiro	63	41	casa própria	12	Respiratórios	Auditivos	
2	F	64	casado	Portuguesa	Ensino básico	Doméstica	62	39	casa própria	11	Sistema Nervoso	Respiratórios	Hipertensão
3	F	67	viúvo	Portuguesa	Ensino básico	Doméstica			casa arrendada	9	Hipertensão	Diabetes	
4	M	81	viúvo	Portuguesa	Ensino básico	Maquenista	72	24	casa própria	8	Reumáticos	Diabetes	
5	M	67	casado	Portuguesa	Ensino básico	Industrial	65	35	casa própria	12	Hipertensão		
6	M	70	casado	Portuguesa	Ensino básico	Marceneiro	62	41	casa própria	12	Reumáticos		
7	F	72	viúvo	Espanhola	Ensino básico	Empregada Doméstica	59	30	casa própria	12	Cardiacos		
8	F	64	viúvo	Portuguesa	Ensino Preparatório	Cozinheira	64	14	casa partilhada	15			
9	M	66	casado	Portuguesa	Ensino básico	Fiel de Armazem	62	42	casa própria	11	Reumáticos	Visão	Hipertensão
10	M	64	casado	Portuguesa	Ensino básico	Maquenista	63	39	casa própria	11	Sistema Nervoso		
11	M	65	solteiro	Portuguesa	Ensino básico	Motorista	65	10	casa própria	12	Hipertensão		
12	F	66	solteiro	Portuguesa	Ensino Preparatório	Enfermeira	63	59	casa própria	13	Diabetes		
13	F	66	casado	Portuguesa	Ensino Preparatório	Costureira	65	25	casa própria	11	Sistema Nervoso	Reumáticos	Auditivos
14	F	80	solteiro	Portuguesa	Ensino básico	Auxiliar de Ação Educativa	61	21	casa própria	10	Hipertensão	Alergia	
15	F	67	casado	Portuguesa	Ensino básico	Empregada de Limpeza	55	41	casa própria	12	Respiratórios	Reumáticos	Cardiacos
16	F	66	viúvo	Portuguesa	Ensino básico	Ajudante de cozinha	58	3	casa arrendada	12	Respiratórios	Diabetes	Cardiacos
17	F	70	viúvo	Portuguesa	Ensino básico	Empregada de Limpeza	65	4	casa arrendada	9	Reumáticos	Cardiacos	Diabetes
18	F	70	casado	Portuguesa	Ensino básico	Doméstica	63	38	casa própria	11	Respiratórios	Reumáticos	Hipertensão
19	F	78	casado	Portuguesa	Não sabe ler nem escrever	Cozinheira	65	41	casa própria	12	Respiratórios	Reumáticos	Cardiacos
20	F	65	casado	Portuguesa	Ensino básico	Doméstica		30	casa própria	13	Sistema Nervoso	Urínários	Alergia
21	F	61	casado	Portuguesa	Ensino básico	Empregada Textil	46	21	casa própria	15	Respiratórios	Reumáticos	Hipertensão
22	F	74	casado	Portuguesa	Ensino básico	Empregada Doméstica	70	37	casa própria	10	Respiratórios	Reumáticos	Depressivos
23	F	68	viúvo	Portuguesa	Ensino básico	Empregada Textil	65	22	casa própria	11	Coluna	Vertigens	



			Capacidade física e funcional										
Inq.	Nível cognitivo			Atividades corporais							Atividades sensoriais		
	Orient. temporal	Orient. no espaço	Atenção ao cálculo	Alimentação	Hig. pessoal	Usar banheira	vestir-se	Eliminação	Fala	Visão	Audição		
1	correcto	correcto	acertou:5	normal	normal	normal	normal	normal	normal	má	normal		
2	correcto	correcto	acertou:5	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal		
3	correcto	correcto	acertou: 5	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal		
4	correcto	correcto	acertou: 0	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal		
5	correcto	correcto	acertou: 5	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal		
6	correcto	correcto	acertou: 3	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal		
7	correcto	correcto	acertou: 5	normal	normal	normal	normal	normal	normal	má	má		
8	correcto	correcto	acertou: 5	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal		
9	correcto	correcto	acertou:5	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal		
10	correcto	correcto	acertou: 5	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal		
11	correcto	correcto	acertou: 5	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal		
12	correcto	correcto	acertou:5	normal	normal	normal	normal	normal	normal	má	normal		
13	correcto	correcto	acertou:4	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	má		
14	correcto	correcto	acertou:4	normal	normal	normal	normal	normal	normal	má	normal		
15	correcto	correcto	acertou:4	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal		
16	correcto	correcto	acertou:4	normal	normal	normal	normal	normal	normal	má	má		
17	correcto	correcto	acertou:3	normal	normal	normal	normal	normal	normal	má	má		
18	correcto	correcto	acertou:5	normal	normal	normal	normal	normal	normal	má	normal		
19	correcto	correcto		normal	normal	normal	normal	normal	normal	má	normal		
20	correcto	correcto	acertou:5	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal		
21	correcto	correcto	acertou:5	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal		
22	correcto	correcto	acertou:5	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal		
23	correcto	correcto	acertou:5	normal	normal	normal	normal	normal	normal	má	má		



Capacidade física e funcional													Habitos, Gostos/interesses e Qualidade de vida			
Atividades Locomotoras				Atividades Mentais				Outras atividades				Satisfação nos relacionamentos que possui				
inquéritos	deslocação no exterior	trabalho doméstico	Refeições	Compras	Memória	comportamento	Humor	Administrar dinheiro	Medicamentos	Familiares	Amigos	Vizinhos				
1	normal	normal	normal	normal	normal	esquecimentos frequentes	normal	sem ajuda	sem ajuda	satisfeito	satisfeito	satisfeito				
2	normal	normal	normal	normal	normal	esquecimentos frequentes	normal	sem ajuda	sem ajuda	satisfeito	satisfeito	satisfeito				
3	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	sem ajuda	sem ajuda	satisfeito	satisfeito	satisfeito				
4	normal	normal	normal	normal	normal	esquecimentos frequentes	normal	sem ajuda	sem ajuda	satisfeito	satisfeito	satisfeito				
5	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	sem ajuda	sem ajuda	Muito satisfeito	Muito satisfeito	Muito satisfeito				
6	normal	normal	normal	normal	normal	esquecimentos frequentes	normal	sem ajuda	sem ajuda	satisfeito	satisfeito	satisfeito				
7	normal	normal	normal	normal	normal	esquecimentos frequentes	normal	sem ajuda	sem ajuda	Muito satisfeito	Muito satisfeito	Muito satisfeito				
8	normal	normal	normal	normal	normal	esquecimentos frequentes	normal	sem ajuda	sem ajuda	Muito satisfeito	Muito satisfeito	Muito satisfeito				
9	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	sem ajuda	sem ajuda	satisfeito	satisfeito	satisfeito				
10	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	sem ajuda	sem ajuda	satisfeito	satisfeito	satisfeito				
11	normal	normal	normal	normal	normal	esquecimentos frequentes	normal	sem ajuda	sem ajuda	satisfeito	Muito satisfeito	Muito satisfeito				
12	normal	normal	normal	normal	normal	esquecimentos frequentes	normal	sem ajuda	sem ajuda	satisfeito	satisfeito	satisfeito				
13	normal	normal	normal	normal	normal	esquecimentos frequentes	normal	sem ajuda	sem ajuda	satisfeito	satisfeito	satisfeito				
14	normal	normal	normal	normal	normal	esquecimentos frequentes	normal	sem ajuda	sem ajuda	insatisfeito	satisfeito	satisfeito				
15	normal	normal	normal	normal	normal	esquecimentos frequentes	normal	sem ajuda	sem ajuda	satisfeito	satisfeito	satisfeito				
16	normal	normal	normal	normal	normal	esquecimentos frequentes	normal	sem ajuda	sem ajuda	satisfeito	satisfeito	satisfeito				
17	normal	normal	normal	normal	normal	esquecimentos frequentes	normal	sem ajuda	sem ajuda	satisfeito	satisfeito	satisfeito				
18	normal	normal	normal	normal	normal	esquecimentos frequentes	normal	sem ajuda	sem ajuda	Muito satisfeito	Muito satisfeito	satisfeito				
19	normal	normal	normal	normal	normal	esquecimentos frequentes	normal	sem ajuda	sem ajuda	satisfeito	satisfeito	satisfeito				
20	normal	normal	normal	normal	normal	esquecimentos frequentes	normal	sem ajuda	sem ajuda	satisfeito	satisfeito	satisfeito				
21	normal	normal	normal	normal	normal	esquecimentos frequentes	normal	sem ajuda	sem ajuda	satisfeito	satisfeito	satisfeito				
22	necessita de ajuda técnica	normal	normal	normal	normal	esquecimentos frequentes	normal	sem ajuda	sem ajuda	Muito satisfeito	Muito satisfeito	Muito satisfeito				
23	normal	normal	normal	normal	normal	esquecimentos frequentes	normal	sem ajuda	sem ajuda	satisfeito	satisfeito	satisfeito				



Anexo 4: Tratamento de dados (análise conteúdo)

Representações	
Para si o que é uma pessoa idosa?	<p>É uma pessoa que está perto da morte (inq. 1)</p> <p>É uma pessoa que tem mais de 60 anos (inq.2)</p> <p>É ter mais idade (inq.3)</p> <p>Uma pessoa com muita idade (inq.4)</p> <p>É um ser humano como eu. Só com a diferença de já não ter forças necessárias para a sua mobilidade e por vezes precisa de ajuda dos outros (inq.5)</p> <p>É uma pessoa que precisa de muito amparo (inq.6)</p> <p>É perder a força que tinha quando era mais nova (inq.7)</p> <p>Pessoa que já viveu muito, uma parte mais avançada na idade, uma pessoa mais sabia que já passou por tudo (inq.8)</p> <p>É uma pessoa que embora com os seus conhecimentos adquiridos ao longo da vida com a idade vai-se desmotivando e enfraquecendo (inq.9)</p> <p>É uma pessoa com mais de 60 anos (inq.10)</p> <p>É uma pessoa com uma determinada idade (inq.11)</p> <p>É uma pessoa que já passa dos 60 anos (inq.12)</p> <p>É uma pessoa que já tem mais 60 anos (inq. 13)</p> <p>É uma pessoa que já não tem as suas faculdades activas (inq.14)</p> <p>É uma pessoa sabia, que viveu outros tempos. Sabe tudo e tem honra (inq.15)</p> <p>É uma pessoa que temos que auxiliar naquilo que pudermos, porque vamos para lá (inq.16)</p> <p>É uma tristeza (inq.17)</p> <p>Que vai perdendo as forças para trabalhar, tem menos capacidades para fazer as coisas que gostam (inq.18)</p> <p>É uma pessoa que passou o tempo, tem muita sabedoria e são muito queridos (inq.19)</p>



	<p>É quando se deixa de ter actividade, que já não pode fazer nada (inq.20)</p> <p>É uma pessoa que já viveu uns anos. Pode ser uma pessoa com muita sabedoria (inq.21)</p> <p>Pessoa que lhe falta algumas dificuldades (inq.22)</p> <p>Já têm uma certa idade. Depende de como a pessoa evoluiu. Se evoluiu pode não se considerar velho (inq.23)</p>
Como acha que os seus familiares ou pessoas próximas vêem a pessoa idosa?	<p>Não sei (inq.1)</p> <p>Aceitam-nos bem (inq.2)</p> <p>Não sei (inq.3)</p> <p>Não sei (inq.4)</p> <p>Vêem os idosos que já não têm as forças necessárias e temos de os ajudar (inq.5)</p> <p>Não sei (inq.6)</p> <p>Pensam como eu (inq.7)</p> <p>Vêem as pessoas como eu vejo (inq.8)</p> <p>Vêem com respeito (inq. 9)</p> <p>Não sei (inq.10)</p> <p>Não sei (inq.11)</p> <p>Que é um peso para a família (inq.12)</p> <p>Pessoas idosas já não dão para estar na profissão que estavam (inq.13)</p> <p>Pensam da mesma maneira do que eu (inq.14)</p> <p>Uma inútil. Não conversam tanto com eles (inq.15)</p> <p>Da mesma maneira (inq.16)</p> <p>Não sabe (inq.17)</p> <p>Que as pessoas devem manter o exercício físico (inq.18)</p> <p>Vêem da mesma maneira que eu (inq.19)</p> <p>São da mesma opinião. Respeitam as pessoas (inq.20)</p> <p>Vêem com respeito e ternura (inq.21)</p> <p>Pensam o mesmo que eu (inq.22)</p> <p>Não vêem as pessoas como velhas e inúteis (inq.23)</p>



<p>Actualmente, qual é o seu projecto de vida? (qual é o seu objectivo de vida? O que procura fazer no seu dia-a-dia?)</p>	<p>Fazer alguma coisa enquanto posso (inq.1)</p> <p>Poder trabalhar e passar o tempo no centro de convívio (inq.2)</p> <p>É viver o dia-a-dia (inq.3)</p> <p>Ir vivendo um dia atrás do outro (inq.4)</p> <p>Procuro: alimentar bem para ter as forças necessárias para o dia-a-dia, fazer caminhadas, ler, conversar com as pessoas (inq.5)</p> <p>Tentar fazer o melhor possível (inq.6)</p> <p>Não tenho objectivo de vida (inq.7)</p> <p>Levar a minha vida melhor possível, viver um dia de cada vez (inq.8)</p> <p>Passar o tempo da melhor forma possível (inq.9)</p> <p>Trabalhar (inq.10)</p> <p>Passar o tempo (inq.11)</p> <p>Manter-me com saúde, bem disposta, aprender sempre (inq.12)</p> <p>Ir vivendo um dia de cada vez pensando um bocado no futuro (inq. 13)</p> <p>Que alguém olha-se por mim. Dessem mais apoio, carinho. Alguém que estivesse mais atento, mais próximo de mim (inq.14)</p> <p>Sentir-me bem (inq.15)</p> <p>Ter saúde, o senhor que me ajude até à última (inq.16)</p> <p>Poder trabalhar (inq.17)</p> <p>Aprender coisas novas (inq.18)</p> <p>Passar o tempo da melhor maneira possível (inq.19)</p> <p>Viver o melhor possível (inq.20)</p> <p>Viver o dia-a-dia (inq.21)</p> <p>Ter saúde e vivo um dia de cada vez (inq.22)</p> <p>Não tenho. Quero ajudar a minha filha O que fiz já chega (inq.23)</p>
--	---



Quais são as suas necessidades?	<p>Não tenho (inq.1)</p> <p>Não tenho (inq.2)</p> <p>Sustentar o filho (inq.3)</p> <p>Não tenho (inq.4)</p> <p>Não tenho (inq.5)</p> <p>Não tenho (inq.6)</p> <p>Não tenho (inq.7)</p> <p>Não tenho (inq.8)</p> <p>Não tenho (inq.9)</p> <p>Não tenho (inq.10)</p> <p>Não tenho (inq.11)</p> <p>Saúde (inq.12)</p> <p>Ter quem a compreende-se melhor em casa sem ser no aspecto negativo. (inq.13)</p> <p>Financeiros, reforma pequena (inq.15)</p> <p>Financeiras (inq.16)</p> <p>Mais saúde (inq.17)</p> <p>Saúde, Paciência. Aprender a ler e a escrever (inq.19)</p> <p>Não se pode alargar muito (inq.20)</p> <p>Ter mais saúde (inq.21)</p> <p>Medicação não é participada (inq.22)</p> <p>Não tenho necessidades (inq.23)</p>
<p>O que espera dos serviços do Centro de convívio?</p> <p>Como acha que os serviços oferecidos podem contribuir para o seu projecto de vida, assim como para satisfazer as suas necessidades?</p>	<p>Espero continuar a conviver como até agora (inq.1)</p> <p>Espero que não acabe, ajuda a passar melhor o tempo (inq.2)</p> <p>Tudo de bom (inq.3)</p> <p>Está a correr bem e espero que corra cada vez melhor (inq.4)</p> <p>Bom lugar para conviver com todas as pessoas e ajuda a viver com mais qualidade de vida, e assim se vive melhor com a ajuda das colaboradoras do centro (inq.5)</p> <p>Espero coisas boas. Não tenho queixa (inq.6)</p>



	<p>Espero continuar bem aqui, tenho aprendido muito. Estou muito satisfeita (inq.7)</p> <p>Espero que tenha mais desenvolvimento. Esta bem organizado mas espero que tenha mais actividades (inq.8)</p> <p>Ajuda a passar o tempo disponível e aprender algo, como diz o ditado aprendemos até morrer e morremos sem saber (inq.9)</p> <p>O que estamos a fazer está bem (inq.10)</p> <p>Uma maneira de distracção. Ajuda a passar o tempo (inq.11)</p> <p>Sentir-me bem disposta (inq.12)</p> <p>Compreensão e Ajuda. Estou a ir para mais velha e preciso de ajuda. Estou a ficar mais velha. Não quero ver a velhice à minha frente (inq.13)</p> <p>Muito apoio. Vejo que estão atentas às pessoas e vão conhecendo cada vez mais as pessoas e ajudam-nas (inq.14)</p> <p>Melhorar cada vez mais (inq.15)</p> <p>É bom, gosto de estar aqui. Foi uma coisa boa (inq.16)</p> <p>Passo bem o tempo aqui. Ajuda a gente a viver (inq.17)</p> <p>Espero tudo de bom, carinho, convívio com as pessoas (inq.18)</p> <p>Está bom e que fique melhor (inq.19)</p> <p>Espero sentir-me sempre bem. Tenho a ajuda que preciso (inq.20)</p> <p>Espero que continue como estamos, superou as minhas expectativas (inq.21)</p> <p>Espero que continue conforme tem sido (inq.22)</p> <p>Mais ginástica, dança moderada porque alguns não conseguem acompanhar, inserir mais trabalhos (inq.23)</p>
Quais as expectativas em relação aos colaboradores	<p>São bons. Que continuem assim (inq.1)</p> <p>Estão bem assim. Estou muito contente com elas (inq.2)</p>



do Centro de convívio? (o que espera dos colaboradores do Centro de Convívio?)	<p>Tudo bom. Não fazem mais se não puderem (inq.3)</p> <p>Não vem ninguém melhor do que os que cá estão. São os melhores (inq.4)</p> <p>São boas, satisfaz muitíssimo bem (inq.5)</p> <p>Espero que dêem o melhor que possam (inq.6)</p> <p>Muito boas. Que continuem aqui e a fazer o que têm feito (inq.7)</p> <p>Não podem fazer mais do que fazem (inq.8)</p> <p>Que continuem a trabalhar da forma que têm trabalhado pois ajudam muito (inq.9)</p> <p>Está bem assim (inq.10)</p> <p>Não sei (inq.11)</p> <p>Foram muito bons, não tenho nada a apontar (inq.12)</p> <p>Além do que aprendi, procuro fazer coisas mais rentáveis, uteis (inq.13)</p> <p>Não precisa de mais. Atenção que procuram dar é boa (inq.14)</p> <p>Espero que continuem o que são e que continuem a ajudar-nos (inq.15)</p> <p>São todos bons, maravilhosos. Não tenho queixa delas (inq.16)</p> <p>O que fazem já é bom (inq.17)</p> <p>Tudo o que têm feito é bom (inq.18)</p> <p>São muito boas, têm feito tudo bem. (inq.19)</p> <p>Espero que sejam amigas, quando precisarmos que nos ajude (inq.20)</p> <p>Que continuem a ser como foram até agora. Todos têm sido formidáveis em todos os níveis (inq.21)</p> <p>Que continuem a comunicar como até aqui, tem sido bom (inq.22)</p> <p>Não tenho nada a apontar (inq.23)</p>
--	--



Anexo 5: Satisfação dos idosos quanto aos relacionamentos

Satisfação dos idosos quanto aos relacionamentos que estabelecem				
Idosos	Família	Amigos	Vizinhos	Média
1	2	2	2	2%
2	2	2	2	2%
3	2	2	2	2%
4	2	2	2	2%
5	3	3	3	3%
6	2	2	2	2%
7	3	3	3	3%
8	3	3	3	3%
9	2	2	2	2%
10	2	2	2	2%
11	2	3	3	2.67%
12	2	2	2	2%
13	2	2	2	2%
14	1	2	2	1.67%
15	2	2	2	2%
16	2	2	2	2%
17	2	2	2	2%
18	2	3	3	2.67%
19	2	2	2	2%
20	2	2	2	2%
21	2	3	3	2.67%
22	2	3	3	2.67%
23	2	2	2	2%
Média	2.09%	2.30%	2.30%	



Anexo 6: Assiduidade dos utentes

Assiduidade			
	1 mês	2 mês	3 mês
1	5	2	4
2	1	1	4
3	0	0	1
4	0	0	2
5	12	17	
6	3	2	2
7	1	1	1
8		2	1
9	7	6	10
10	0	1	0
11	1	0	0
12	11	12	
13	1	0	0
14	9		10
15	3	4	0
16	3	2	8
17	2	1	1
18			3
19	5	2	4
20	9	8	6
21	8	9	6
22	6	2	0
23	10	11	6



Anexo 7: Tabelas da frequência dos utentes nas actividades durante os três meses

Dezembro 2012 (25 utentes)				
Actividades	1º Semana	2º Semana	3º Semana	Total
Hidroginástica	23	19	18	20
Ginástica	20	16	15	17
Trabalhos manuais	23	19	18	20
Jogos	23	19	18	20
Bingo	20	16	15	17
Psicóloga	20	16	15	17
Informática	19	17	16	17,33
Boccia	19	17	16	17,33
Cuidados de saúde	20	12	23	18,33
Convidados	17	12	15	14,66
Informática	20	12	23	18,33
Trabalhos manuais	20	12	23	18,33
Jogos	20	12	23	18,33
STEP	17	12	15	14,66

Janeiro 2013 (24 utentes)					
Actividades	1º Semana	2º Semana	3º Semana	4ª Semana	Total
Hidroginástica	21	21	23	20	21,25
Jogos	21	21	23	20	21,25
Trabalhos Manuais	21	21	23	20	21,25
Hidroginástica	18	18	22	22	20
Psicóloga	18	18	22	22	20
Jogos	18	18	22	22	20
STEP	20	16	22	19	19,25
Trabalhos Manuais	20	16	22	19	19,25
Jogos	20	16	22	19	19,25
Boccia	18	21	16	19	18,50
Jogos	18	21	16	19	18,50
Cuidados de imagem e saúde	20	23	23	20	21,50
Ginástica	20	23	23	20	21,50
Jogos	20	23	23	20	21,50



Fevereiro 2013 (26 utentes)					
Actividades	1º Semana	2º Semana	3º Semana	4ª Semana	Total
Hidroginástica	22	10	20	17	17,50
Jogos	22	10	20	17	17,50
Trabalhos Manuais	22	10	20	17	17,50
Hidroginástica	22	23	23	23	22,75
Psicóloga	22	23	23	23	22,75
Jogos	22	23	23	23	22,75
STEP	20	16	16	18	17,50
Trabalhos Manuais	20	16	16	18	17,50
Jogos	20	16	16	18	17,50
Boccia	19	17	20	18	18,50
Jogos	19	17	20	18	18,50
Cuidados de imagem e saúde	20	17	21	20	19,50
Ginástica	20	17	21	20	19,50
Jogos	20	17	21	20	19,50